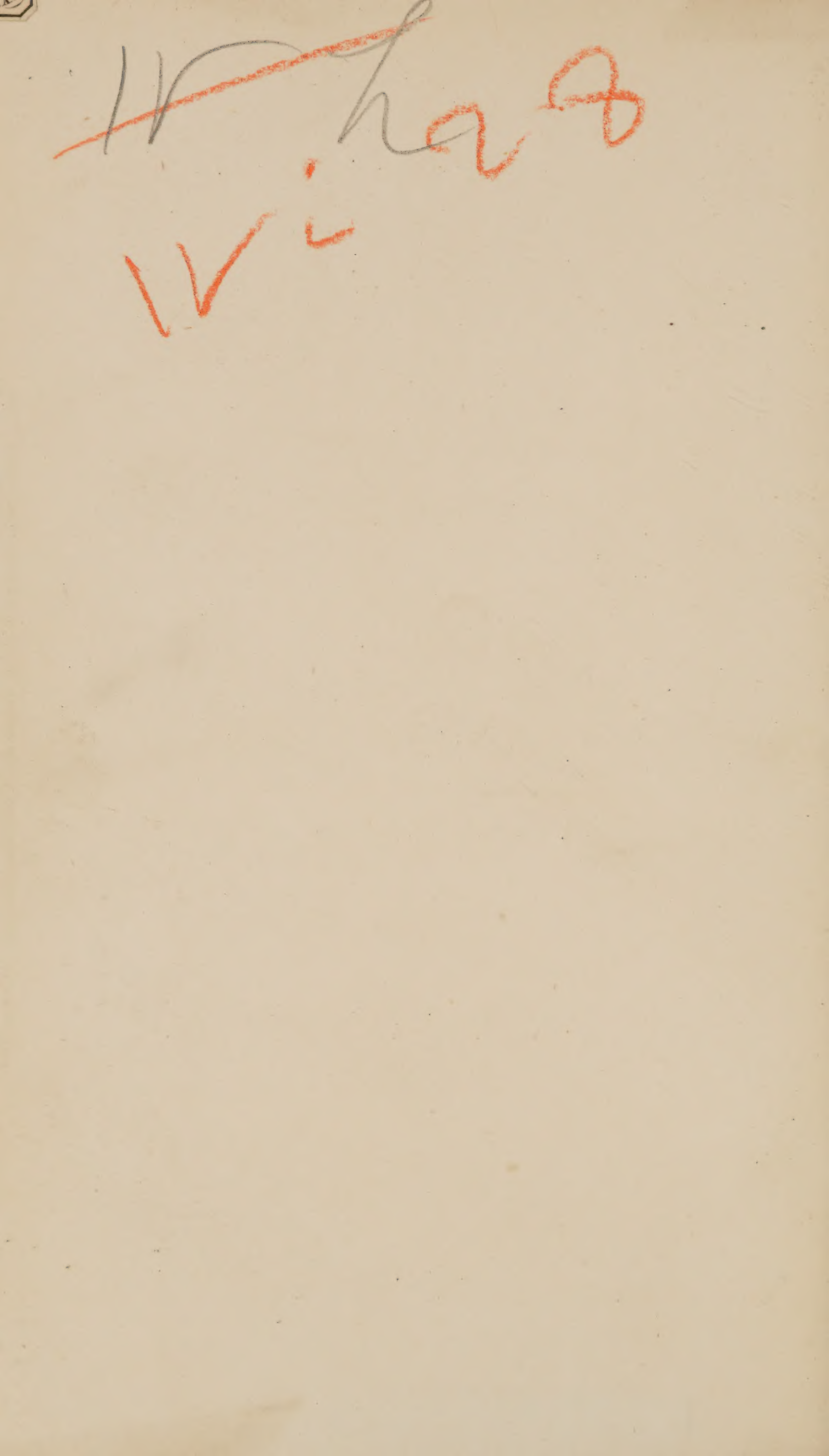




RECUEIL DE MÉMOIRES

DE

MÉDECINE, DE CHIRURGIE

ET DE

PHARMACIE MILITAIRES

TABLE GÉNÉRALE



La deuxième série du *Recueil* forme, en sus du présent volume, vingt-deux tomes, publiés de 1846 à 1858.

Les noms des auteurs des Mémoires qui la composent sont indiqués en tête de chaque article et reproduits dans la table générale, par ordre alphabétique.

Les travaux contenus dans la deuxième série ont été revisés par les rédacteurs ci-dessous dénommés :

MM. Broussais (Casimir), médecin principal de 1re classe (décédé le 5 juillet 1847).

Jacob, ancien pharmacien-major (décédé en 1855).

Marchal, médecin principal de 2e classe (démissionnaire le 8 décembre 1852).

Boudin, médecin principal de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Vincennes.

Judas, médecin principal de 1re classe, ancien secrétaire du Conseil de santé des armées (retraité le 21 février 1854).

Riboulet, médecin principal de 1re classe, ancien secrétaire du Conseil de santé des armées.

Ce volume de table a été rédigé par MM. Boudin et Riboulet.

Imprimé par Charles Noblet, rue Soufflot, 18.

RECUEIL DE MÉMOIRES

DE

MÉDECINE, DE CHIRURGIE

ET DE

PHARMACIE MILITAIRES

RÉDIGÉ SOUS LA SURVEILLANCE DU CONSEIL DE SANTÉ

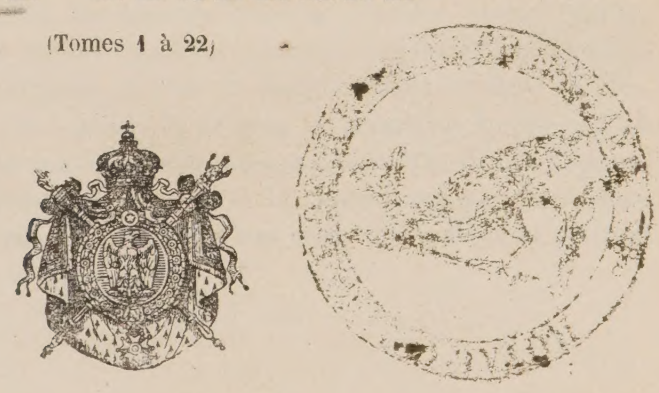
ET

PUBLIÉ PAR ORDRE DU MINISTRE DE LA GUERRE

DEUXIÈME SÉRIE

TABLE GÉNÉRALE

(Tomes 1 à 22)



PARIS
LIBRAIRIE DE LA MÉDECINE, DE LA CHIRURGIE ET DE LA PHARMACIE MILITAIRES
VICTOR ROZIER, ÉDITEUR,
RUE CHILDEBERT, 11.
Près la place Saint-Germain-des-Prés.
1862

MÉMOIRES
DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE
ET DE PHARMACIE MILITAIRES

TABLE
ANALYTIQUE ET RAISONNÉE DES MATIÈRES
CONTENUES
DANS LES TOMES I A XXII
(2e Série)

NOTA. Cette Table est divisée en deux parties, l'une scientifique, et l'autre contenant les noms des auteurs. Dans la première, après l'indication du sujet traité se trouve l'analyse succincte du travail dont on rapporte le titre. Dans la seconde, le nom de chaque auteur est suivi de l'indication de toutes les observations et de tous les mémoires fournis par lui à ce Recueil. Comme de nombreuses mutations ont eu lieu depuis l'époque de la publication du dernier volume de la 1re série jusqu'à ce jour, chaque article nominatif est accompagné d'une note qui indique la position actuelle de l'auteur.

A

Ce travail est divisé en sept paragraphes ou chapitres qui n'ont d'autre titre qu'un numéro d'ordre. Le paragraphe I[er] contient l'exposition du sujet; le II[e] les matériaux particuliers que l'auteur fournit à la discussion. Le III[e] est un exposé historique et critique des opinions des auteurs sur l'origine et le mode de développement des abcès du foie; le IV[e], l'analyse des observations individuelles publiées par ces mêmes auteurs et la mise en lumière, par le rapprochement de certaines circonstances de ces observations, de rapports qui subordonnent le plus ordinairement les abcès du foie à la préexistence d'une autre ou d'autres affections organiques suppurées, étrangères d'abord au foie lui-même. Le V[e] paragraphe est consacré à la discussion des différentes opinions émises sur la nature et l'origine des abcès hépatiques; le VI[e], à des considérations sur l'influence que les idées étiologiques relatives aux abcès du foie ont encore aujourd'hui et ont eues sur le traitement des malades. Le VII[e] renferme les conclusions.

I. — L'observation qui a été l'occasion de ce mémoire appartient au service de l'auteur, à l'hôpital du Roule. C'est à Paris qu'a été contractée et que s'est développée la maladie qui en fait l'objet; c'est là aussi qu'elle a trouvé une heureuse terminaison. A son occasion, l'auteur a recherché l'interprétation de certains faits propres à sa pratique d'Algérie, faits qui lui paraissaient inexpliqués. Les recherches qu'il a entreprises dans ce but lui ont fourni, pense-t-il, la justification d'idées nouvelles qu'il formule relativement au mode de développement des abcès du foie.

Chez son malade du Roule, des accidents, qui paraissaient devoir être attribués à une lésion de l'appareil respiratoire, étaient venus en définitive, après plusieurs semaines, se fixer sur le foie, où s'est formé un abcès terminé par cicatrisation après qu'une ouverture eut donné issue à une quantité considérable de pus sanguinolent. Cette observation, complète seulement pendant la dernière phase de la maladie, n'avait en elle rien d'assez précis pour mettre sur la voie du motif de ses transformations; mais elle en rappelait à l'auteur une autre qui, plus précise, avait éveillé déjà son attention et provoqué dans son esprit l'examen critique d'opinions étiologiques acceptées jusqu'alors avec plus ou moins de ferveur, mais qui lui semblaient se prêter mal à l'interprétation des faits qu'il voulait expliquer. Des recherches lui firent voir bientôt que cette préexistence d'affections pulmonaires conduisant à des abcès de foie n'était pas un fait particulier à ses deux malades; qu'elle était fréquente en France; que l'Algérie en fournissait aussi des exemples, et que par conséquent la coïncidence (1), dans ce pays, de la dyssenterie avec les abcès du foie n'est pas la seule qui y soit à signaler. Ses recherches lui montrèrent

---

(1) L'auteur pense qu'une observation plus exacte des faits pourra permettre de substituer le mot *préexistence* a celui de *coïncidence*, lorsqu'il s'agira de caractériser les rapports qui existent entre la dyssenterie et les abcès du foie.

encore que, quand des abcès se forment dans le foie, toujours ou presque toujours avant leur formation, du pus a été sécrété autre part que dans cet organe qui, ainsi, ne semble être atteint que consécutivement : dans le plus grand nombre des cas, c'est le gros intestin qui est le siége de cette suppuration préexistante ; par ordre de fréquence viennent après lui le poumon, la plèvre, l'estomac et le rein..., en ne classant pas les faits nombreux qui appartiennent à la pathologie externe.

Ces propositions, extraites de nombreuses observations, constituaient des vérités numériques ; l'état de la science permettait-il à l'auteur d'aller plus loin, en employant l'induction, l'analogie et des faits acceptés, non pas généralement, mais revêtus cependant d'un caractère d'authenticité déjà grand? Il l'a pensé. C'est ainsi qu'il s'est trouvé disposé à croire que la pyohémie à un degré plus ou moins avancé, soit primitive, soit consécutive aux maladies préexistantes, prépare les abcès du foie ; qu'il a cru qu'un travail de physiologie pathologique porte le pus introduit dans le système circulaire vers les organes d'hématose, le poumon et le foie ; que des conditions de climat, qui activent tantôt l'un, tantôt l'autre de ces organes, les chargent, suivant les lieux, suivant les saisons, d'une élimination qui a pour mesure, dans le résultat, le rapport qui se trouve exister entre la puissance de l'organe et l'étendue de la tâche qui lui est imposée.

II. — Première observation. L. S., saisi par le froid le 11 mars 1855, en sortant d'un théâtre, est pris d'un rhume qui s'accompagne de douleur de côte à droite ; toux violente, crachats abondants. Plus tard, au moment où les accidents pectoraux diminuent d'intensité, surviennent des garde-robes liquides et fréquentes, contenant du sang et répandant une odeur dyssentérique : traitement homœopathique pendant la durée duquel se développe une tumeur dans l'hypochondre droit ; application de cautères sur la tumeur; bains alcalins; pastilles de Vichy : amélioration. Les plaies des cautères se ferment ; nouveaux accidents. Le malade entre à l'hôpital du Roule le 31 août. Tumeur hépatique sans autre signe que de la matite. Anxiété vive ; pas de sommeil, pas d'appétit : traitement par l'extrait gommeux d'opium.

Le 14 septembre, on sent de la fluctuation qui paraît être profonde : première application de caustique de Vienne. Le 15, l'eschare est coupée en deux avec le bistouri ; une nouvelle application caustique est faite au fond de la plaie. Le 16, la fluctuation est manifeste ; la présence de la nouvelle eschare semble déplacer le point vers lequel tend la suppuration : ponction avec un trocart de petite dimension faite à un centimètre au-dessous des dernières côtes. Le pus qui s'écoule est mêlé de sang et rappelle dans une teinte plus foncée la couleur du foie. La canule, solidement fixée par l'élasticité des fibres de la peau, est laissée à demeure. La quantité du pus évacué dépasse un litre. Le 20, la canule, qui se meut facilement, est enlevée ; le pus s'écoule librement. Le 23, des injections émollientes sont faites dans la cavité de l'abcès. Le 25, injections avec le vin aromatique ; des bourgeons charnus tendent à fermer l'ouverture faite par la pâte de Vienne, la voie ouverte par le trocart est fermée : le malade, malgré l'avis du médecin, favorise la formation d'une croûte sur sa plaie. Le 23 octobre, la cessation de l'écoulement du pus a provoqué de nouveaux

accidents, une petite tumeur, qui soulève la peau dans le point où a été pratiquée la première ponction, est ouverte avec le bistouri, il en sort une quantité assez considérable de pus d'une odeur désagréable; le malade est soulagé.

La quantité de pus que donne la plaie diminue progressivement; le malade prend des forces. Le 20, il mange la demi-portion. Pendant tout le mois de novembre un petit orifice fistuleux donne chaque jour une faible quantité de sérosité colorée; l'état général est satisfaisant. En décembre la cautérisation est complète.

L'auteur fait suivre son observation de considérations qui sont particulières à celle-ci, et qui n'appartiennent pas directement à l'objet du mémoire. Elles ont rapport au moyen qui a été employé pour ouvrir l'abcès; à l'entrée de l'air dans le foyer, aux injections qui y ont été faites; à la rareté de la terminaison qu'a eue cette maladie. L'effet du caustique est lent, incertain; la présence de l'eschare, l'inflammation qu'elle détermine ont paru changer la direction que suivait spontanément l'abcès, elles peuvent retarder son ouverture spontanée. — L'écoulement du pus a été réglé sur la force de réaction des parties environnantes, à l'effort desquelles il a été abandonné. Quand des injections ont été faites, une ouverture suffisante permettait le libre écoulement du liquide en même temps qu'il était injecté sans effort; celles-ci ont été favorables à la guérison.

La deuxième observation est celle d'un capitaine du 64e, qui, en 1846, à Milianah, au retour d'une course longue, éprouva du frisson et de la fièvre; la santé de cet officier, ordinairement très-brillante, avait été jusque-là exempte d'affections indigènes. Le début de la maladie fut signalé par des accidents franchement intermittents, lesquels furent bientôt remplacés par une douleur fixée à la partie latérale gauche de la poitrine...; sous-crépitation à la base du poumon correspondant et un peu de bruit de frottement; expectoration de matières visqueuses; des râles sibilants succèdent à la sous-crépitation. Bientôt le malade accuse une vive douleur à droite, correspondant à la partie supérieure du foie. Grande anxiété; pouls plein, large; sécheresse de la langue; tuméfaction de la région hépatique; adynamie; météorisme du ventre. La mort survient quatre jours après l'apparition de la douleur à droite. En tenant compte du temps écoulé avant l'entrée à l'hôpital, la maladie avait eu de 12 à 14 jours de durée. L'autopsie, qui n'a pu être complète, a montré que le foie était creusé par un vaste abcès dont le pus était crémeux et homogène. Une certaine quantité de pus, épanché dans la partie supérieure de l'abdomen, y était retenue par des adhérences nouvelles et des fausses membranes. — C'est dans cette circonstance que l'auteur s'était demandé pour la première fois quelle était la nature du lien qui avait existé entre deux maladies dont l'une a semblé succéder à l'autre et la remplacer en vertu d'un effet métastatique. Comment un abcès renfermant plus d'un litre de pus aurait-il pu, s'il eût succédé à une hépatite, se former en un temps aussi court? Pourquoi la douleur, souvent si vive dans l'hépatite aiguë, avait-elle fait défaut dans ce cas, ou ne s'était-elle montrée que pendant quelques heures?

La troisième observation appartient aussi à l'hôpital de Milianah; elle

a beaucoup d'analogie avec celles qui ont été publiées par les médecins qui ont écrit sur les abcès du foie dans les Mémoires de médecine et de chirurgie militaires. Dans ce cas, un abcès du foie ouvert par le caustique et par le bistouri touchait à la cicatrisation, lorsque de nouvelles collections purulentes se sont formées et ont entraîné la perte du malade, déjà épuisé par une longue suppuration. Le malade avait été atteint de dyssenterie; et si depuis longtemps la nature des garde-robes n'indiquait plus l'existence de cette maladie, le gros intestin était encore le siége d'ulcérations. L'auteur pense que ce fait peut servir à montrer que, si les résultats semblables à celui qu'il a obtenus si heureusement au Roule sont très-rares dans les pays chauds, c'est que les malades y restent soumis, pendant le traitement même, aux causes qui ont amené la suppuration hépatique.

III. — En exposant les opinions des anciens sur l'origine et le développement des abcès du foie, l'auteur rappelle qu'Hippocrate attribuait les abcès du foie à un vice humoral; que l'apparition de ces mêmes abcès après les plaies de la tête a été, dès une époque très-reculée, attribuée à des métastases qui portaient le pus en nature de la tête au foie; que cependant l'absence de foyer purulent au siége de la lésion première a fait ensuite attribuer les abcès du foie à des sympathies qui unissent le foie à l'encéphale par l'intermédiaire du trisplanchnique. — Larrey reproduisit cette explication que Desault avait admise. — En 1752, Bertrandi lisait à l'Académie de chirurgie sa dissertation : *De hepatis abcessibus, qui vulneribus capitis superveniunt ;* ce travail avait pour but d'éloigner les chirurgiens de la saignée du pied que l'on employait fréquemment dans des cas où la suppuration était imminente dans le foie ou déjà produite.— Dans les plaies de tête, dit le professeur italien, le cours du sang vers le cerveau est troublé; l'appel plus considérable qui s'en fait vers cet organe cause le reflux d'une quantité très-grande de sang par les veines jugulaires et par la veine cave supérieure: le courant rapide qui traverse cette dernière fait obstacle au cours libre du sang de la veine cave ascendante dans l'oreillette. Cette résistance, s'étendant tout d'abord aux veines hépatiques, produit la stase sanguine dans les divisions de celles-ci : de là l'inflammation, ou la gangrène, ou l'abcès, etc., etc.—Ponteau et David (de Reims) combattirent les opinions de Bertrandi. Comme ce dernier ils attribuaient les abcès du foie à un vice de circulation; mais, à leur avis, la commotion cérébrale avait pour effet de faire tomber en atonie les carotides et les artères vertébrales, ce qui obligeait le sang à se porter en plus grande quantité vers l'aorte abdominale, à passer par l'artère hépatique, et produisait l'engorgement du foie, et finalement l'abcès. — J. L. Petit et Morgagni croyaient aux métastases purulentes.— M. Louis, dans son mémoire sur les abcès du foie, reconnaît que les hépatites dont il indique la terminaison sont survenues dans le cours d'autres maladies plus ou moins graves.....; il s'étonne que les auteurs se soient accordés à considérer les climats chauds comme une des causes les plus énergiques des inflammations du foie. Les faits sur lesquels reposent ces opinions sont au nombre de cinq seulement. — Les travaux de Dance sur la phlébite furent favorables à l'opinion de ceux qui croyaient aux abcès métastatiques. — M. Velpeau admet que le pus peut circuler avec le sang. —

M. Andral voit dans l'hépatite, dans l'hyperhémie du foie, non-seulement la raison des abcès de cet organe, mais encore la base de toutes les altérations qui peuvent l'atteindre. Le mot *hépatite* n'a pour lui d'autre signification que celle d'hyperhémie.— M. Haspel (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, t. 55 et 58, 1re série) accepte les idées de MM. Louis et Andral, il suit surtout les divisions de ce dernier; cependant, différant en cela des opinions de ces auteurs, il n'hésite pas à regarder comme étant de nature inflammatoire le ramollissement rouge. C'est moins à la chaleur qu'aux variations atmosphériques qu'il attribue les maladies du foie. M. Haspel signale la coïncidence de la diarrhée et de la dyssenterie avec les abcès de foie.— M. Catteloup a appuyé par vingt observations le fait rappelé heureusement par M. Haspel. Il se place à peu près au même point de doctrine et se demande cependant si, chez les dyssentériques, les veines mesaraïques ne seraient pas la voie par laquelle l'inflammation gagne si souvent le foie; si des molécules délétères prises dans l'intestin malade ne seraient pas aussi, pour le même organe, un agent d'irritation, d'inflammation.— En 1850, dans son *Traité des maladies de l'Algérie*, M. Haspel rattacha l'hyperhémie aux maladies qui l'accompagnent, la précèdent et la suivent, et admet que l'hépatite, les flux abdominaux, les fièvres intermittentes, sont, avec des formes différentes, l'expression d'une même influence endémique.

Thévenot pense qu'un refroidissement subit, dans les pays chauds, agit rapidement sur les voies biliaires, chez les Européens; tandis que, chez les noirs, les maladies pulmonaires, les irritations gastro-intestinales, les névroses, sont les maladies les plus redoutables. Selon le même auteur, la clef de la pathologie, au Sénégal, est toute dans l'étude des fièvres intermittentes.— Joseph Franck admet pour les abcès du foie trois ordres de causes : 1° hépatite développée sous l'influence d'un consensus qui unit le cerveau avec le foie, principalement à l'aide des nerfs; 2° continuité de texture du tissu cellulaire qui permet au pus de passer de la tête au foie; 3° metastase. Il ne pense pas que tout abcès du foie soit le résultat d'une inflammation préalable. — M. Dutroulau établit que, dans les pays chauds, le chiffre des hépatites suit parallèlement celui des dyssenteries; c'est à tort que l'on attribuerait l'hépatite à la chaleur seule; elle est due plus particulièrement aux qualités du sol; comme la dyssenterie, elle est d'origine miasmatique; elle est rarement primitive; le refroidissement du corps en sueur en est la cause déterminante la plus ordinaire.

L'auteur résume enfin ces différentes opinions sur l'origine des abcès du foie et trouve qu'elles constituent de nombreuses théories, qui sont les suivantes : théorie humorale des anciens; théorie admettant des troubles mécaniques ou dynamiques de la circulation; théorie basée sur l'infection putride; sur l'inflammation primitive; sur la phlébite abdominale et la propagation de l'inflammation au foie; sur la phlébite avec transport du pus en nature dans le foie.

IV. — Dans ce chapitre, l'auteur donne le dépouillement de 47 observations d'abcès du foie contenues dans les ouvrages de MM. Louis, Andral, Haspel, Catteloup, etc., duquel il résulte qu'en même temps qu'à l'autopsie on rencontrait des abcès du foie,

44 fois on a constaté des lésions qui montrent que du pus avait été sécrété autre part que dans le foie.
2 fois l'observation relate des troubles fonctionnels capables de faire penser que des lésions semblables aux précédentes ont dû exister pendant la vie.
1 fois seulement on ne trouve aucune trace de complication ou de maladie antécédente.

---

47 cas sur lesquels 28 fois des ulcérations intestinales quatre fois combinées avec d'autres altérations : tubercules, hépatisation; — 4 fois des ulcérations de l'estomac; — 11 fois des altérations pulmonaires avec suppuration.

Sur 66 cas d'abcès du foie, M. Dutroulau a trouvé 57 fois des traces anciennes ou récentes de dyssenterie et 22 fois des traces de gastrite.

V. — En abordant la discussion dont il vient de donner les éléments, la première question que l'auteur pose, à cause de son importance, est celle-ci : L'inflammation est-elle la seule cause des abcès du foie ? sinon, quelle part doit lui être faite dans la production de ceux-ci ? L'étiologie ne donne pas la solution de cette première question , et la symptomatologie de l'hépatite est loin d'être fixée. Les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique du foie sont également très-divisés. La rougeur, le ramollissement, la friabilité du tissu hépatique, peuvent être aussi bien produits par l'abcès qu'en être l'origine. L'homogénéité ordinaire du pus des abcès du foie peut faire penser qu'ils sont symptomatiques. Les effets du traitement, non plus que l'état du sang, ne paraissent pas de nature à justifier l'hypothèse inflammatoire.

Broussais, MM. Louis et Andral reconnaissent que l'hépatite est rarement primitive. M Andral dit que le mot *hépatite* ne doit pas être entendu dans le sens que l'on donne au mot *inflammation*. Les médecins militaires s'accordent à reconnaître que l'hépatite fait partie du groupe des maladies endémiques nées d'une influence miasmatique ; pour M. Dutroulau, elle est d'origine miasmatique, comme la dyssenterie.

Si l'inflammation n'est pas la cause ordinaire des abcès du foie, si dans beaucoup de cas il est impossible de reconnaître les traces de celle-ci, si dans tous elle n'est qu'un élément secondaire, quelles raisons a l'auteur pour attribuer ces abcès à la pyohémie? La nature même des lésions qui ont devancé et accompagné la pyohémie, altérations qui lui ont toujours montré du pus autre part que dans le foie, — les caractères des abcès du foie, qui sont ceux des abcès métastasiques, — enfin cette considération que, pour les sujets atteints d'abcès du foie, les conditions suivantes capables de produire la pyohémie se sont presque toujours trouvées réunies :

Phlegmasie antécédente ayant pu produire l'infection par phlébite ou lymphangite ; — conditions générales spécifiques capables de produire spontanément la pyohémie ; — possibilité de résorption dans le lieu même où le pus avait été sécrété.

VI. — La manière dont on envisage les abcès du foie doit avoir une grande influence sur le traitement des malades chez qui ces abcès se sont formés. Cependant, les médecins qui croient le plus à la nature inflamma-

toire de l'hépatite reconnaissent que le traitement des débuts de l'hépatite diffère de celui des degrés plus avancés : suppuration imminente et suppuration établie. La dépendance très-grande dans laquelle les abcès du foie paraissent être par rapport aux maladies qui préexistent à leur formation, commande de tenir grand compte de ces dernières. Si l'on doit considérer la maladie préexistante comme étant le point de départ de la pyohémie et partant de l'abcès, quel intérêt n'y aurait-il pas à faire disparaître les altérations organiques qui sécrètent et resorbent le pus ? Si la pyohémie est née d'un état général qui commande à la fois les deux maladies, n'est-ce pas vers cet état, en même temps que vers ses effets, que doivent tendre les efforts ?

VII. — Les conclusions du mémoire sont les suivantes :

Les abcès du foie, le plus souvent, ne sont pas le résultat direct de l'inflammation de l'organe hépatique.

Les désordres fonctionnels ou organiques du foie, au milieu desquels ces abcès se développent, sont seulement des conditions qui facilitent plus au moins leur formation, sans être ordinairement capables de les produire.

Lorsque des abcès du foie se sont développés, l'observation a montré que, chez les malades, toujours ou presque toujours il avait existé une maladie que l'auteur nomme antécédente ou préexistante, de la nature de celles que caractérise l'ulcération et la suppuration ; — que, pour les pays chauds, la dyssenterie est la maladie préexistante la plus ordinaire ; — que, même dans les pays chauds, la dyssenterie peut être remplacée, dans ce rôle de maladie préexistante, par une autre maladie suppurante ; — que la dyssenterie et une autre maladie suppurante peuvent préexister simultanément ; — que, dans les pays tempérés, en France par exemple, les suppurations d'organes, autres que le gros intestin, préexistent aux abcès du foie plus souvent que la dyssenterie ulcéreuse.

Par conséquent, la corrélation des abcès du foie avec les maladies qu'il a énumérées ont fait croire à l'auteur que la pyohémie est un état pathologique qui, soit à titre de condition primordiale, soit à titre de résultat de la maladie préexistante, précède et produit, dans certaines conditions, les abcès du foie.

ABCÈS. — Observation d'abcès stercoral de la fosse iliaque droite, recueillie dans le service clinique de M. le professeur Godelier, par M. L. *Colin*, médecin aide-major, stagiaire à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, t. XIII, p. 358.

Un soldat du 38e régiment d'infanterie de ligne est admis dans les salles de clinique médicale du Val-de-Grâce, le 19 avril 1853. Les renseignements antérieurs sont les suivants : Ce militaire est entré, l'année précédente, pour une bronchite aiguë, à l'hôpital civil d'Amiens, où il est resté vingt-deux jours ; il n'a pas toussé depuis, n'a jamais eu de

dérangement appréciable du tube digestif, et n'a éprouvé ni coup, n chute sur les parois de l'abdomen.

Le 14 avril 1853, étant de garde, il ressentit, sans cause connue, des coliques dans les fosses iliaques et plus particulièrement à droite. Il resta néanmoins à son poste et mangea comme d'habitude. Le lendemain, les douleurs augmentèrent, la fièvre survint et le malade entra à l'infirmerie de son régiment. Après quatre jours d'une médication simple, les douleurs avaient sans doute perdu leur intensité, ou n'existaient plus, car on crut pouvoir administrer un éméto-cathartique dont l'action détermina plusieurs vomissements et une selle séreuse. Le malade n'avait eu jusqu'alors ni nausées, ni vomissements *spontanés*, ni diarrhée.

Le 19 avril, jour de l'entrée à l'hôpital, douleurs vives dans tout le côté droit de l'abdomen avec ballonnement et tension de la paroi antérieure de cette cavité. Chaleur et sécheresse de la peau, coloration de la face, soif vive, pouls concentré et fréquent. Diète, 30 sangsues loco dolenti, limonade. Le 20, à la visite du matin, diminution de la douleur, nuit sans sommeil, peau toujours chaude, pouls à 80. La percussion, pratiquée avec beaucoup de ménagement dans le flanc et la région iliaque du côté droit, donne un mélange de sonorité et de sub-matité. Il n'y a point de saillie anormale dans cette région. On diagnostique une péritonite partielle dans la région iliaque droite et on prescrit : diète, eau gommeuse, potion opiacée, 20 sangsues loco dolenti et fomentations opiacées.

Pendant les jours suivants l'état du malade varie, s'amende et s'exaspère tour à tour; c'est ainsi qu'on est obligé de faire de nouvelles applications de sangsues les 23, 24, 25 avril et 4 mai. Dans les jours de calme, on donne du bouillon ou quelques aliments légers. La constipation est opiniâtre, on la combat par des lavements quotidiens. A cette époque on commence à percevoir l'existence d'une tuméfaction mal circonscrite entre les fausses côtes et la crête iliaque droite, la matité y est plus prononcée. Ces signes confirment l'opinion manifestée, dès le 23 août, par M. le professeur Godelier, sur la formation probable d'une collection purulente, consécutive à une perforation du cæcum ou de l'appendice, dans un point encore indéterminé. La tuméfacton s'augmente graduellement, le malade maigrit et perd ses forces. Des mouvements fébriles se déclarent tous les quatre ou cinq jours; ils sont précédés de frissons et suivis de sueurs abondantes. Frictions mercurielles sur la tumeur; à l'intérieur, préparations de quinquina et toniques; alimentation légère quand l'état du malade le permet.

Dans les premiers jours de juin, cet appareil de symptômes semble s'amender, le malade reprend quelque appétit, mange le quart, les accès ont cessé depuis quinze jours.

Le 11 juin, vomissements, coliques, sensibilité plus vive à la pression, peau chaude, face un peu colorée, pouls plus tendu sans être plus fréquent. Le soir, il y a un accès fébrile.

Retour des vomissements et des accès de fièvre les jours suivants, la constipation persiste. Bains chaque deux jours; plusieurs applications de sangsues; emploi du sulfate de quinine. La fièvre est supprimée le 24 juin.

Dans les premiers jours de juillet, la tumeur se prononce plus spécialement à la partie postérieure et latérale du flanc droit, les téguments deviennent rouges et douloureux. Le tissu cellulaire s'œdématie; le malade éprouve en ce point un sentiment tout nouveau de tension et de chaleur.

Le 8 juillet, ces symptômes ont suivi une marche croissante : le malade est présenté par M. Godelier à M. l'inspecteur Bégin, qui engage le professeur à réunir en consultation à ce sujet les stagiaires et les autres professeurs de l'Ecole. Cette consultation a lieu le 10 juillet. Le malade est examiné à la clinique. La présence d'un abcès est constatée et l'ouverture en est reconnue nécessaire et même urgente, car l'état de faiblesse et de prostration du malade repousse tout délai.

L'opération est exécutée le 11 juillet, à la visite du matin, par M. le baron Larrey, sous-directeur et professeur de clinique chirurgicale, en présence de MM. les professeurs Mounier et Godelier. Une simple ponction, pratiquée au moyen d'un bistouri droit, au centre de la tumeur et à quatre centimètres environ de profondeur, donne immédiatement issue à un jet de liquide noirâtre, assez épais, d'une odeur stercorale repoussante. La quantité de ce liquide, dont on favorise l'écoulement au moyen d'une ventouse, peut être évaluée à 600 grammes. L'abondance du liquide diminue graduellement aux pansements suivants. Le 14 juillet, on n'en retirait plus qu'environ 30 grammes. On reconnut alors la nécessité d'agrandir l'ouverture, ce qui fut fait immédiatement. Il s'écoule cette fois presque autant de liquide que lors de la première opération. Les jours suivants, on fait chaque matin des injections émollientes et chlorurées dans la cavité de l'abcès. La faiblesse est encore très-grande, mais le pouls semble se relever; l'appétit se déclare et le malade éprouve un léger sentiment de bien-être.

Le 30 juillet, le malade a repris chaque jour des forces. Son état moral est des plus satisfaisants. Le pouls est normal, le sommeil régulier, l'appétit développé, l'abdomen souple, presque indolore, les selles régulières. Le liquide fourni par la plaie est un pus de bonne apparence, l'ouverture de l'abcès se rétrécit de plus en plus, malgré l'introduction journalière de mèches; mais, en faisant lever le malade, on constate que, dans cette attitude, tout le tronc est fortement dévié à droite et en avant, formant ainsi avec le bassin un angle obtus qu'on ne peut faire disparaître en soutenant le malade.

Le 15 août, l'état général continue à être excellent; le malade reste debout, va et vient toute la journée, mais il marche toujours un peu courbé. La suppuration est presque supprimée.

Le 2 décembre, le malade est dans un état remarquable d'embonpoint : le tronc a repris plus de souplesse dans ses mouvements sur le bassin et la rétraction a diminué au moins de moitié. On peut espérer qu'avec les mêmes précautions dans l'exercice de la marche, la taille reprendra sa rectitude primitive. Le militaire quitte ce jour-là le Val-de-Grâce, après avoir obtenu un congé de convalescence.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, M. le docteur Colin compare le cas dont il s'agit aux cas analogues cités par les auteurs qui ont écrit sur les abcès des fosses iliaques, sur les phlegmons et épanchements superficiels ou profonds de l'abdomen, et constate que celui-ci

est un des plus rares, sinon par son siége, du moins par sa terminaison et l'heureux résultat d'une thérapeutique hardie et rationnelle.

M. le docteur Colin ajoute que c'est surtout au point de vue pratique que son observation a de l'importance, en cela qu'elle démontre, conformément à l'opinion émise par M. l'inspecteur Bégin, que, pour l'ouverture d'abcès de cette espèce, il convient de faire une incision large, donnant un libre écoulement au pus, permettant le rapprochement des parois de l'abcès et s'opposant ainsi à l'introduction de l'air, plutôt qu'une ponction étroite, qui, quelques motifs qu'on puisse d'ailleurs invoquer en sa faveur, s'oppose, au contraire, à ces résultats, et peut entraîner ou laisser survenir une fâcheuse aggravation des accidents.

ABCÈS. — Abcès hématique de la rate ouvert dans le péritoine, observé sur un homme atteint de purpura, par M. *Védrènes*, médecin aide-major de 2e classe au 21e léger, t. IV, p. 213. — Observation d'un vaste abcès dans le ventricule gauche du cerveau, recueillie par M. *Chély*, médecin de 1re classe à l'hôpital militaire de Calais, t. XVIII, p. 229. — Observation d'abcès multiples ; affection farcino-morveuse, par M. *Cabasse*, médecin aide-major de 1re classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr, *ib.*, p. 273.

ABEILLE, *médecin adjoint* (1). — Hypertrophie considérable du cœur avec abcès multiples dans cet organe, t. IV, p. 149.

ABOLITION des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche, observation recueillie par M. *Rouis*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XIV, p. 112.

ACHARD. Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

ACIDE CARBONIQUE. — Son action sur la quinine et la cinchonine ; formation du carbonate de quinine cristallisé, par M. *Langlois*, pharmacien principal de 1re classe à l'hôtel des Invalides, t. XIII, p. 428.

---

(1) A quitté le service militaire comme médecin-major de 2e classe.

On obtient le carbonate de quinine et celui de cinchonine en faisant passer un courant de gaz acide carbonique sur ces alcaloïdes récemment précipités et délayés dans l'eau.

La dissolution de carbonate de cinchonine abandonnée à l'air perd tout son acide carbonique et laisse déposer la cinchonine ; — celle de carbonate de quinine laisse déposer, sans décomposition, ce dernier sel sous forme cristallisée ; au bout de vingt à vingt-quatre heures, la portion de sel restée en solution se détruit pour donner naissance à de l'acide carbonique et à de la quinine, qui se dépose.

Le carbonate de quinine est sous forme de cristaux aiguillés et transparents, — qui s'effleurissent promptement au contact de l'air, — à 110° ils se décomposent et l'acide se dégage.

La composition de ce sel, qu'on doit considérer comme neutre, est représentée par la formule (C^{20} H^{12} AZO^2, HO) CO^2, HO.

On ne peut le préparer par double décomposition, et le précipité obtenu dans ce cas ne renferme que de la quinine retenant, malgré les lavages répétés, une quantité plus ou moins grande du carbonate employé.

ACIDE CARBONIQUE.— Expériences sur la formation géologique du carbonate calcaire et sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique, par M. L. *Roussin*, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad, t. XV, p. 361.

La science ne fournit que peu de détails ou des données incertaines sur la formation géologique du carbonate de chaux cristallisé et les conditions de son dépôt symétrique ou amorphe — M. Roussin a rencontré, à six kilomètres d'Alger, un gisement de carbonate de chaux cristallisé situé dans des conditions telles que l'étude de sa formation et de son développement devait offrir peu de difficultés. — Il tapisse l'intérieur d'une grande cavité irrégulière où les accidents du terrain lui ont fait prendre les formes les plus bizarres.

La formation de ces cristaux paraît remonter à une époque peu reculée. Du pied de la colline sort un mince filet d'eau limpide qui coule dans un petit lit fort inégal. Une éponge, placée à l'orifice d'un des petits canaux donnant naissance à des stalactites et laissée à demeure pendant soixante et dix jours, présentait à sa partie extérieure un dépôt amorphe et jaunâtre; mais, à un centimètre de la superficie, on distinguait des cristaux visibles à l'œil nu, dont la formation avait été facilitée par l'évaporation moins rapide de l'eau et de l'acide carbonique.

Trois jours ont été nécessaires pour obtenir de l'un de ces canaux un volume d'un litre d'eau — qui renfermait 3 gr. de carbonate calcaire. — 300 gr. de cette eau avaient donné 185 c. de gaz dont 168 c. étaient de l'acide carbonique.

Cette eau provenait de la pluie qui, tombée sur le sommet de la colline, filtrait peu à peu à travers les couches calcaires pour sourdre à son flanc inférieur. — L'acide carbonique qu'elle contient dissolvait peu à peu le carbonate de chaux qui se déposait sous forme régulière

Il est très probable qu'une certaine quantité des dépôts calcaires anciens ont eu une origine analogue, — pour les tufs calcaires de Vichy (arragonite), cette origine n'est pas douteuse. — Les pierres lithographiques présentent souvent des débris de végétaux, — la craie appartient bien évidemment aux terrains de sédiments. — Les marbres compactes ou saccharoïdes, qu'on attribue à l'influence ignée, feraient une large exception. — Mais, suivant M. Roussin, on s'est peut-être trop pressé, dans bien des questions géologiques, de juger des faits anciens par les moyens actuels de la nature.

M. Roussin a employé pour doser l'acide carbonique libre ou combiné une méthode particulière qui consiste dans l'emploi d'une liqueur titrée ; mais comme on ne peut recourir à l'acide sulfurique, et que d'un autre côté on ne peut doser facilement l'acide chlorhydrique liquide, il a dû arriver au but par un moyen détourné. — Pour cela, on prend 25 grammes d'acide sulfurique monhydraté, étendu de 15 à 20 fois son volume d'eau distillée, et on y verse une dissolution de chlorure de barium pur et neutre jusqu'à cessation de précipité, — le liquide filtré est additionné d'eau distillée jusqu'à complément du volume d'un demi-litre. — La solution d'acide chlorhydrique ainsi obtenue a le même degré acidimétrique qu'une solution de 25 grammes d'acide sulfurique dans le même volume d'eau.— Chaque centimètre cube déplace 0,0225 d'acide carbonique correspondant à 11°,3 à 0° et 0,76° de pression.

Les burettes qui servent journellement pour les essais alcalimétriques, etc., conviennent parfaitement. — Pour le dosage, 250c d'eau sont introduits dans une capsule de porcelaine où on verse un mélange de chlorure de Barium et d'ammoniaque ; — on chauffe pour chasser l'excès d'ammoniaque et on verse goutte à goutte la liqueur acide, jusqu'à ce que la couleur bleue du tournesol ajouté passe au rouge pelure d'ognon; à ce moment, tout le carbonate de baryte est dissous.

Si l'eau contient un mélange d'acide carbonique et de carbonates, on peut doser d'abord l'acide libre en portant à l'ébullition un demi litre d'eau dans un ballon disposé de telle sorte que le gaz se rende dans une éprouvette où l'on a mis un mélange de chlorure de barium et d'ammoniaque.

Suivant M. Roussin, son mode de dosage est plus simple et plus rigoureux que les autres procédés généralement employés.

ACIDE HIPPURIQUE. — Note sur cet acide et sur son absence dans quelques urines de cheval, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad, t. XVII, p. 435.

On sait que l'urine de cheval contient de l'urée, comme celle de l'homme, et que l'acide hippurique y remplace l'acide urique, qu'on n'y rencontre pas.

La divergence extrême présentée par les analyses connues de l'urine

de cheval a engagé M. Roussin à étudier cette question. — Neuf expériences, faites sur l'urine de chevaux placés dans des conditions variées de travail et même de fatigue ou de repos, lui ont fait reconnaître que l'acide hippurique manquait absolument dans l'urine des étalons arabes de Teniet-el-Haad, et que la proportion atteignait jusqu'à 15 grammes par litre dans celle d'un cheval qui venait de faire d'un seul trait environ 80 kilomètres ; — il a vu de plus que la proportion d'urée diminuait quand celle de l'acide hippurique augmentait, et réciproquement. Selon lui, on s'avancerait trop en concluant que le repos et la fatigue ont été dans ces expériences la seule cause déterminante ; — mais il fait observer que, tandis que l'homme sédentaire ou impotent voit son urée diminuer et son urine envahie par des dépôts d'acide urique ou d'urates, l'inverse semble se produire chez le cheval, chez lequel le travail et la fatigue augmentent la proportion d'acide hippurique aux dépens de celle de l'urée.

ACIDE IODIQUE. — Note sur l'iodate de chaux et l'acide iodique, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major à l'hôpital de Teniet-el-Haad, t. XV, p. 382.

On sait qu'en mélangeant une dissolution d'hypochlorite de chaux et de chlorure de potassium, ou en faisant passer un courant de chlore dans une bouillie d'hydrate de chaux et de chlorure de potassium, on obtient finalement du chlorate de potasse et du chlorure de calcium. — Si au chlorure de potassium on substitue l'iodure de potassium, on obtient aussi une formation d'iodate; seulement, comme l'iodate de chaux est moins soluble que celui de potasse, il se forme au lieu de ce dernier sel, — suivant la formule suivant $5\,(CLO, CaO) + KI = IO^5, CaO + CLK + 4\,CLCa$.

On peut aussi obtenir l'iodate de chaux en délayant dans un mortier 150 gr. de chlorure de chaux sec avec 250 grammes d'eau distillée, jetant le tout sur un filtre et ajoutant de l'alcoolé d'iode jusqu'à légère coloration de la liqueur ; — l'iodate de chaux se dépose sous forme grenue, cristalline. Au bout de quelques lavages il est pur.

Cet iodate de chaux peut servir à préparer l'acide iodique ou les autres iodates.

ACROMION. — Fracture de l'acromion; formation et extraction de séquestres : observation recueillie dans le service de M. le docteur Bertrand, chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, par M. E. *Marquet*, chirurgien sous-aide-major. — *Voyez* FRACTURES.

ACROMION. — Fracture directe de l'acromion, par

M. *Coug*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Milianah. — *Voyez* FRACTURES.

ADÉNITES. — Emploi du séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons, par M. *Bonnafont*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de la rue du Roule, à Paris, t. XIII, p. 337.

La note de M. Bonnafont a pour but d'exposer le procédé qu'il met en usage pour l'application du séton filiforme et le mode de pansement qui suit l'opération.

L'instrument est une aiguille longue de 10 à 12 centimètres, légèrement recourbée à sa pointe et armée d'un double fil ordinaire. Les ouvertures pratiquées à la base du bubon doivent être distantes d'un centimètre au moins de la partie décollée du foyer. Les objets de pansement sont un peu de charpie roulée, deux compresses graduées et une large compresse carrée. L'appareil est maintenu par un spica et ne doit pas dépasser les deux ouvertures du séton, mais doit excéder d'un centimètre au moins leur niveau. Ce moyen, qui s'emploie dans le traitement des bubons syphilitiques, peut, selon M. Bonnafont, être étendu à celui des adénites cervicales, même à l'état d'induration, ainsi qu'à l'ouverture de tous les abcès froids. Ses avantages consistent : 1° à obtenir une guérison notablement plus prompte, tout en épargnant beaucoup de douleur au malade ; 2° à ne laisser aucune trace d'opération sur les parties affectées ; 3° enfin, et chose bien importante pour les adénites cervicales surtout, à éviter des décollements qui entretiennent des trajets fistuleux interminables, et dont la guérison, lorsqu'elle a lieu, se traduit par des cicatrices difformes et indélébiles, dont l'aspect est si disgracieux.

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES.—Note sur les affections gastro-intestinales de forme bilieuse observées au 30e de ligne, en garnison à Mézières, pendant l'été de 1846, par M. *Julienne*, chirurgien-major de ce régiment, t. II, p. 186.

AFFECTIONS NÉVROPATHIQUES. — Remarques et observations sur des affections névropathiques, par M. *Marchal* (de Calvi), médecin principal, agrégé à la faculté de médecine de Paris, t. IX, p. 188.

Ce travail traite successivement : 1° de la paralysie faciale ; 2° de la névralgie trifaciale traumatique ; 3° de la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens, consécutive à la névralgie de la cinquième ; 4° d'un cas

de névropathie indéterminée de l'appareil laryngo-pharyngien consécutive à l'ablation d'une tumeur ganglionaire de la région sous-maxillaire ; 5° d'un cas de tic douloureux ou névralgie convulsive rhumatismale des nerfs occipitaux, du plexus cervical, etc.

I. DE LA PARALYSIE FACIALE.

Dans cette première partie, l'auteur, voulant, par des remarques préliminaires, distinguer nettement les affections morbides qui appartiennent à la cinquième paire de celles qui relèvent de la septième, rappelle les diverses formes de la paralysie faciale, considère ces formes comme des affections distinctes qui doivent être étudiées séparément, rattache chacune d'elles à la paire nerveuse dont elle dépend et forme un tableau de leur ensemble et de leurs principales divisions.

Après ce début, l'auteur présente des considérations physiologiques sur le nerf facial, dont il veut s'occuper exclusivement dans ce travail et, posant en principe que rien n'est mieux démontré aujourd'hui que les fonctions distinctes des cinquième et septième paires encéphaliques, il s'applique à démontrer, relativement au nerf facial, les propositions suivantes : *Le nerf facial n'est pas un nerf de sensibilité, mais il est sensible, et il doit de l'être à ses anastomoses avec le nerf trifacial.*

L'auteur établit la vérité de ce premier point par les résultats des recherches et des expériences d'un grand nombre d'anatomistes.

Le nerf facial est un nerf de mouvement.

Indépendamment des expériences faites sur les animaux vivants, l'anatomie et la physiologie, s'il était besoin, porteraient témoignage en faveur de la propriété motrice de la septième paire, que démontrent également de nombreux faits chirurgicaux.

C'est ainsi, dit l'auteur, que le nerf facial est moins volumineux, chez les animaux, à mesure que les muscles de la face et l'expression physionomique des passions diminuent, et qu'il est très-gros chez les animaux pourvus d'une trompe mobile : chez l'éléphant, celle de ses branches qui se rend à la trompe égale, en volume, le nerf sciatique de l'homme ; c'est ainsi que dans plusieurs cas chirurgicaux cités par l'auteur, la section, la compression ou l'altération de texture du nerf facial ont eu pour résultat la paralysie des muscles, aux mouvements desquels il préside.

En tant que nerf de mouvement, le nerf facial influe sur la vue, sur l'ouïe, sur le goût, sur l'odorat, sur le mouvement de l'isthme du gosier, etc.

Influence sur la vue. Deux appareils sont adaptés à l'organe visuel pour le protéger : un appareil externe, double, puisqu'il comprend à la fois l'appareil palpébral et l'appareil interne qui n'est autre que l'iris et qui a pour fonctions spéciales de protéger la rétine contre une trop vive clarté. Le premier de ces appareils concourt à garantir la rétine contre la trop grande intensité de la lumière, mais il est surtout destiné à protéger la surface du globe oculaire. Le nerf facial n'a d'influence que sur cet appareil protecteur externe, en se subordonnant le clignement des paupières, faute duquel ces voiles laissent l'œil à découvert et n'ont plus de

prise sur les larmes, soit pour les étaler uniformément à la surface du globe oculaire, soit pour les pousser vers les points lacrymaux qui en outre sont déviés.

Dans la paralysie du nerf facial, le globe de l'œil, restant à découvert, sans cesse exposé à l'air et à la lumière, finit par s'enflammer, l'opacité de la cornée peut même s'ensuivre ; c'est donc exclusivement par son action sur l'appareil externe de protection de l'organe visuel et, plus précisement, par son action sur l'orbiculaire palpébral, que le nerf facial exerce son influence sur la vue.

Influence sur l'ouïe. Ce n'est point par son action sur l'appareil musculaire, annexe du pavillon de l'oreille, que le facial pourrait influer appréciablement sur l'ouïe chez l'homme ; mais ce nerf fournit *indirectement*, c'est-à-dire par l'intermédiaire du ganglion otique, lequel tient de lui sa racine motrice, un ou deux filets au muscle interne du marteau, indépendamment du filet qu'il envoie *directement* au muscle de l'étrier. Or, d'après les expériences de Savart et suivant ses propres expressions, « on serait induit à penser que les usages de ce petit muscle (le muscle interne du marteau) consistent, comme ceux de l'iris, à préserver l'organe des impressions trop fortes qu'il pourrait recevoir dans certaines circonstances. Les expériences de Savart prouvent que les vibrations de la membrane du tympan, sous l'influence des corps sonores, sont d'autant plus étendues que cette membrane est plus lâche; or, il dépend de la contraction du muscle et, par conséquent, de l'intégrité fonctionnelle des filets du facial qui se rendent à ce muscle à travers le ganglion otique, que la membrane du tympan soit tendue au lieu d'être relâchée. »

Influence sur le goût. « Quand un corps fortement sapide, dit M. Longet, impressionne la muqueuse gustative, on sait qu'une sécrétion salivaire abondante a lieu, afin d'amoindrir l'action trop stimulante de ce corps, comme a lieu aussi une contraction protectrice de l'iris ou du muscle interne du marteau, pour défendre l'œil ou l'oreille contre une lumière ou un son trop intense. » Or, la salive s'écoule dans des canaux dont la force contractile doit s'accroître en proportion de la quantité de salive sécrétée, et, chose digne de remarque, si l'iris, le muscle interne du marteau certains muscles du voile du palais, sont animés par des filets du moteur oculaire commun et du facial, qui traversent d'abord les ganglions ophthalmique, otique et sphéno-palatin, de même les canaux excréteurs de la salive paraissent devoir aussi leur contractilité à des filets du facial qui traversent les ganglions sous-maxillaires et parotidiens.

Influence sur l'odorat. « La paralysie du nerf facial, dit Longet, rend impossible l'action de flairer. » Mais ce n'est point seulement par son action sur les muscles des ailes du nez que le nerf facial exercerait une influence sur l'olfaction, cet habile et savant physiologiste admet, d'après une observation facile à vérifier sur soi-même, que, quand des odeurs désagréables impressionnent l'organe olfactif, il se fait d'abord une forte expiration, afin d'expulser l'air odorant, puis, que l'inspiration, au lieu de s'effectuer par les narines, s'opère instinctivement par la bouche : « Alors les muscles péristaphylins internes et palato-staphylins élèvent le voile du palais, qui, placé horizontalement, tend à fermer en arrière les

orifices des fosses nasales, empêche la circulation de l'air dans leur intérieur et, par conséquent, prévient de nouvelles impressions pénibles sur la membrane olfactive. » Or, c'est du nerf facial (du premier coude de ce nerf) que proviennent, suivant M. Longet, les filets qui, concourant à former le grand nerf pétreux et aboutissant au ganglion sphéno-palatin, émanent de ce petit centre organique, pour se rendre aux muscles précités : et c'est ainsi que le voile du palais (outre ses autres fonctions) remplirait, à l'égard du nerf olfactif, les mêmes usages que l'iris et la membrane du tympan remplissent à l'égard de la rétine et du nerf auditif.

Influence sur les mouvements de l'isthme du gosier. Le nerf facial, suivant M. Longet, fournirait par son anastomose avec le nerf glosso-pharyngien (anastomosé d'autre part avec le nerf spinal) les rameaux nerveux qui animent les muscles glosso-staphylins, constricteurs verticaux de l'orifice bucco-pharyngien, et pharyngo-staphylins, constricteurs transverses de cet orifice. Comme, d'un autre côté, les muscles dilatateurs de ce même orifice (palato-staphylins et peristaphylins internes) sont animés par les filets du facial émergés du ganglion sphéno-palatin, il s'ensuivrait que les mouvements de dilatation et de resserrement de l'isthme du gosier seraient sous la dépendance du facial, aussi bien que les mouvements semblables des orifices buccal et nasal.

Influence sur les mouvements de l'orifice du larynx. A propos des filets anastomotiques que le nerf facial envoie au nerf pneumo-gastrique, M. Longet pose, sans essayer de la résoudre, la question suivante : « Seraient-ce là des filets qui, ultérieurement, parviendraient jusqu'au larynx, et le facial influencerait-il donc tous les orifices que l'air doit traverser avant d'arriver aux organes pulmonaires? S'il en était ainsi, la dénomination, d'ailleurs impropre, de *nerf respiratoire,* lui serait applicable dans un sens beaucoup plus large que ne l'entendait Charles Bell. »

CAUSES DE LA PARALYSIE FACIALE.

Les causes de la paralysie faciale se rangent dans trois catégories et consistent :

1° Dans une lésion locale ;

2° Dans une lésion encéphalique ;

3° Dans une diathèse.

1° *Dans une lésion locale.* Cette lésion peut être l'effet d'une blessure ou d'une opération ; ou bien consister dans une altération organique développée soit dans le nerf lui-même, soit dans son voisinage, et qui comprimerait ou aurait altéré sa texture. L'auteur rapporte en quelques mots des cas de paralysie faciale produits par des lésions locales de ces différentes formes.

2° *Dans une lésion du centre encéphalique.* L'hémiplégie faciale existe alors avec une paralysie des membres du côté correspondant. Peut-il exister une lésion du centre encéphalique tellement circonscrite, que la paralysie soit bornée au nerf facial ? Cette supposition n'est pas absolument inadmissible *à priori* ; mais la science n'a pas de faits positifs à l'appui.

3° *Dans une diathèse.* La paralysie faciale a été observée chez des individus affectés de diathèse syphilitique ; mais la paralysie faciale de beaucoup la plus commune est celle que l'on connaît sous le nom de *paralysie rhumatismale de la face*, ainsi qualifiée parce qu'elle se produit sous l'influence du froid. La question est de savoir si cette variété est toujours diathésique ; en d'autres termes si, dans tous les cas, le froid, pour affecter le nerf facial, a besoin de rencontrer dans l'économie un état particulier qui constitue la diathèse rhumatismale et sans lequel il n'agirait pas de la même manière. L'auteur croit, pour son compte, à la nécessité de la diathèse dans la majorité des cas, et croit que cette diathèse est généralement originaire et non acquise.

En somme, la paralysie de la face offre, par rapport aux causes, trois principales variétés : elle est 1° *traumatique*, 2° *symptomatique*, 3° *diathésique.*

Cette distinction s'applique aux maladies en général.

ÉTENDUE DE LA PARALYSIE FACIALE.

La paralysie peut être : 1° bornée à quelques muscles d'un côté (hémiplégie faciale circonscrite); 2° étendue à tous les muscles d'un côté (hémiplégie faciale générale ; 3° étendue à tous les muscles ou à presque tous les muscles des deux côtés (paraplégie faciale).

Il y a donc, par rapport à l'étendue de la paralysie, trois variétés principales, comme par rapport aux causes.

HÉMIPLÉGIE FACIALE CIRCONSCRITE.

Les auteurs en citent des exemples :

M. Marchal en rapporte un cas très-intéressant qu'il a lui-même recueilli dans son service.

Observation de paralysie faciale bornée au côté gauche de la lèvre supérieure.

Un clairon, étant de garde à l'Élysée, avait passé la nuit sur un banc, dans le jardin, après une journée chaude. Le matin, au réveil, il porta son instrument à ses lèvres pour rappeler, mais il ne put que donne des sons faibles et discords. Croyant que ses lèvres étaient seulement engourdies, il les frotta rudement avec la main, puis il essaya de jouer, mais sans réussir davantage. Le médecin-major de son régiment, vu l'étrangeté du cas et le défaut de signes apparents, le garda d'abord et ne lui donna un billet d'hôpital qu'un ou deux jours après l'accident.

Invité à siffler, ce militaire ne pouvait le faire que très-imcomplétement. S'il voulait essayer de jouer du clairon, les sons étaient faibles, ou brusquement très-intenses et interrompus. On ne put surprendre aucune déviation des traits dans le rire. La prononciation, le manger, le boire, se faisaient facilement, régulièrement. En un mot, le seul signe

de paralysie était, comme il le disait lui-même très-gaiement, la perte de son embouchure.

L'application, dans l'espace de quinze jours, de trois petits vésicatoires sur la joue, de l'oreille à la commissure labiale du côté affecté, et pansés avec 0 gram., 002 de strychnine, amenèrent la guérison.

HÉMIPLÉGIE FACIALE GÉNÉRALE.

L'auteur en a vu plusieurs exemples, dont deux chez des tuberculeux affectés de carie du rocher. Dans tous les autres cas, sans exception, observés sur des militaires, la paralysie avait été produite par le froid. Un seul de ces faits est rapporté.

Observation de paralysie du nerf facial du côté gauche, avec hypercousie et altération du goût du côté correspondant (rédigée par M. le Dr Champouillon, médecin-aide-major de 2e classe, sujet de l'observation.)

Après un séjour de six semaines sous la tente, M. Champouillon rentre à Constantine le 9 décembre et reprend son service à l'hôpital. Dans la nuit du 20 au 21 décembre, vers minuit, il éprouve une douleur très-intense à la hauteur de l'apophyse mastoïde gauche. Au bout d'une heure, cette douleur s'apaise; mais, en s'éveillant le lendemain, il ressent un embarras très-grand dans les lèvres. A midi, l'œil gauche ne se fermait plus et larmoyait beaucoup. A huit heures du soir, la paralysie était complète dans tous les muscles du côté gauche de la face qui reçoivent des filets du facial. L'oreille était douloureusement affectée par les sons un peu forts ; le côté gauche des fosses nasales était enchifrené ; la bouche, fermée, était légèrement déviée ; ouverte, elle le devenait davantage; la langue suivait très-peu le mouvement; aucune saveur n'était perçue du côté gauche ; la mastication n'était gênée qu'en ce que la joue n'offrait pas assez de résistance pour retenir les aliments ou aider la langue à les ramener ; la sensibilité générale n'était nullement altérée.

Le malade ne pouvait ni jouer de la flûte, ni siffler.

Le traitement commence le 22 par une saignée de 500 grammes et par un pédiluve sinapisé.

Le 23, application d'un petit vésicatoire derrière l'oreille gauche et pansement de ce vésicatoire avec la strychnine jusqu'au 30.

A cette époque, le mieux est très prononcé ; il ne reste plus que le larmoiement, la paupière s'abaisse assez pour le sommeil, c'est-à-dire en même temps que la droite, mais non pas seule, comme pour viser avec un fusil.

Le 8 janvier, inoculation de 0 gram., 03 de strychnine, au moyen de six piqûres sur le point où était le vésicatoire.

A la date du 20 janvier, le malade mange et boit facilement. Tous les accidents ont disparu ; il ne reste qu'un larmoiement entretenu par le vent froid qui régnait alors à Constantine.

PARAPLÉGIE FACIALE.

Les exemples de paralysie double de la face sont très-rares. L'auteur

en cite deux cas, dont un, inséré en 1841, dans la *Gazette médicale de Paris*, appartient à M. Constantin James, et dont l'autre a été recueilli dans son propre service au Val-de-Grâce.

Observation de guérison d'une paralysie du mouvement de la totalité de la face.

Mademoiselle X..., âgée de 22 ans, d'apparence lymphatique, se présenta, le 2 avril 1840, à la consultation de M. Magendie. Quinze jours auparavant, elle avait éprouvé successivement, sans cause connue, tous les symptômes d'une paralysie faci le du côté gauche. M. Magendie appliqua le galvanisme. Vers la sixième séance, le 9 avril, la peralysie faciale du coté droit se déclara et se développa graduellement les jours suivants, puis ces deux paralysies disparurent dans l'ordre de leur invasion ; en sorte que la maladie parcourut quatre périodes résumées comme il suit par l'auteur de l'observation :

Première période : Déviation des traits du côté droit ; paralysie de la septième paire gauche.

2e *période* : Redressement passif des traits ; paralysie de la septième paire droite.

3e *période* : Déviation des traits du côté gauche ; guérison de la paralysie de la septième paire de ce côté.

4e *période* : Redressement actif des traits ; guérison de la paralysie de a septième paire droite.

Observation de paralysie simultanée des deux nerfs faciaux, recueillie dans le service de M. Marchal, au Val-de-Grâce, par M. Chenu, médecin-aide-major.

Tixier (Pierre-Médard), caporal au 6e bataillon de chasseurs à pied, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 27 novembre 1847, dans le service des blessés. Les documents antérieurs sont les suivants : Ce militaire, après quatre années de séjour en Algérie, où il avait été atteint, à plusieurs reprises, de dyssenterie et de fièvre intermittente, rentre en France avec son bataillon. Pendant la route, il essuie, aux environs de Valence, une forte averse, et conserve sur lui ses vêtements trempés de pluie. Pendant la nuit, il est pris de fièvre et d'une forte douleur dans les oreilles. Le lendemain il continue sa route; mais, le soir, quand il veut manger, il est obligé, pour abaisser la mâchoire inférieure, de se servir de sa cuiller et de sa main. C'est de ce moment que datent tous les symptômes d'une vraie paralysie des muscles de la face qui sont animés par les nerfs faciaux.

Tissier, qui n'avait ressenti aucune faiblesse dans les extrémités inférieures, poursuit ses étapes, mais les symptômes s'aggravent et, après trois jours de marche, il arrive à Vienne et y entre à l'hôpital. Une saignée générale, plusieurs applications de sangsues aux angles des mâchoires, un vésicatoire au bras, un autre à la nuque et des pédiluves sinapisés firent cesser, après quinze jours, l'otalgie et la céphalalgie. Quant

à la paralysie, on se borna à la traiter par des frictions mercurielles qui amenèrent une prompte salivation sans aucune espèce d'avantage.

Le malade fut dirigé sur Paris. A son entrée au Val-de-Grâce, on crut reconnaître une inflammation des articulations temporo-maxillaires. Des sangsues, un vésicatoire aux angles de la mâchoire inférieure et une douche de vapeur sous cette mâchoire n'amenèrent aucun résultat.

Le 2 décembre, M. Marchal prend le service et, au premier examen, reconnaît une paralysie des deux nerfs faciaux. Toute la face est immobile, pour ainsi dire muette; on ne peut y lire, à l'expression des traits abolie entièrement, les sentiments de gaieté ou de tristesse. A chaque mouvement respiratoire, les lèvres, dont l'inférieure est pendante, sortent et rentrent comme deux voiles inertes, suivant la direction du courant d'air. Le malade ne peut ni enfler la joue, ni siffler. Quand il boit, les boissons coulent hors de la bouche, s'il n'a le soin d'appuyer la main sur la lèvre inférieure; le parler est très-embarrassé. Les aliments, mâchés avec assez de peine, restent en partie entre les joues et les arcades dentaires; la déglutition est libre.

L'état général est bon, le malade se plaint d'avoir perdu un peu de ses forces; on le met à un régime nourrissant.

M. Marchal fait appliquer deux vésicatoires au niveau des parotides et annonce qu'il traitera l'affection par la strychnine absorbée endermiquement, et par l'application de l'électricité.

Cette médication est continuée méthodiquement jusqu'au 27 janvier. L'amélioration qu'elle produit est progressive. Le 28 janvier le malade demande instamment à sortir de l'hôpital; il mange, boit facilement et parle sans appuyer la main sur la lèvre inférieure; il se trouve enfin, sans être entièrement guéri, dans un état tel qu'il peut aujourd'hui faire son service et commander sans aucune gêne.

DE L'ALTÉRATION DU GOUT ET DE L'ALTÉRATION DE LA SENSIBILITÉ TACTILE DE LA LANGUE DANS LA PARALYSIE FACIALE.

L'auteur commence par bien établir ce fait en rappelant que M. Montault cite, dans sa thèse, trois observations d'hémiplégie faciale avec altération du goût; que M. Cl. Bernard, dans son mémoire sur la corde du tympan, rapporte deux cas de même nature et pose, dès cette époque (1843), les couclusions suivantes :

« 1° Les hémiplégies faciales avec altération du goût dépendent d'une « cause qui paralyse la corde du tympan et agit sur le facial au-dessus de « l'émergence de ce filet nerveux ;

« 2° Cette altération du goût est caractérisée non-seulement par une « diminution de la faculté gustative, mais encore par une grande lenteur « dans sa manifestation,

« 3° Cette modification du goût a son siége dans la partie antérieure de la « muqueuse linguale, qui reçoit des filets nerveux du lingual et de la corde « du tympan réunis. »

L'auteur ajoute que, l'année suivante (1844), M. Bernard publia dans les *Archives générales de médecine* un mémoire intitulé : *De l'altération du*

goût dans la paralysie du nerf facial, et donna, dans ce mémoire, quatre exemples nouveaux de l'altération dont il s'agit.

A ces observations, l'auteur en réunit de nouvelles qui portent leur nombre à quatorze.

Il résulte de ces faits que l'altération du goût qui accompagne souvent la paralysie faciale consiste dans une diminution notable de l'impression gustative et une extrême lenteur de cette impression à se manifester.

Mais ce nerf, la corde du tympan, comment influe-t-il sur le goût? Est-ce comme nerf de sensibilité spéciale? Est-ce comme nerf moteur?

L'auteur examine à ce sujet l'opinion de M. Cl. Bernard, qui fait de la corde du tympan un nerf exclusivement moteur et un simple rameau du nerf facial, et celle de M. Duchenne, qui admet que la corde du tympan est un nerf de sensibilité générale et gustative, et que c'est seulement en vertu de cette propriété qu'elle agit sur le sens du goût et la sensibilité tactile des deux tiers antérieurs de la langne.

DE L'EXALTATION DE L'OUIE DANS LA PARALYSIE FACIALE.

« M. Landouzy, dit l'auteur, n'est pas le premier qui ait observé ce symptôme, mais il est le premier qui l'ait étudié d'une manière spéciale et qui l'ait rattaché dogmatiquement à l'histoire de l'hémiplégie faciale, dans un mémoire publié en 1850 et qui a pour titre : *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.* »

Les faits recueillis par M. Landouzy et quelques autres portent le nombre des cas observés à dix, dont l'étude peut conduire aux conclusions suivantes :

1° L'exaltation de l'ouïe est un symptôme fréquent, sinon habituel, de la paralysie du nerf facial.

2° Ce phénomène est dû au relâchement de la membrane du tympan, d'où résulte l'ampleur des vibrations de cette membrane sous l'influence du son.

3° Le relâchement de la membrane du tympan est dû à la paralysie du muscle interne du marteau.

4° La paralysie du muscle interne du marteau est due à la paralysie du rameau nerveux qui l'anime.

5° Ce rameau nerveux provient du ganglion otique, qui le reçoit du nerf facial.

DE LA DOULEUR INITIALE DANS LA PARALYSIE FACIALE.

La douleur peut manquer, et le sujet ne s'aperçoit qu'il est malade qu'en se regardant ou quand on l'avertit que ses traits sont altérés. En ce cas, on ne peut douter que le nerf facial n'ait été atteint directement par la cause morbide. Mais souvent une douleur intense a précédé la paralysie, et l'on se demande alors si l'affection morbide ne s'est point propagée du nerf sensible au nerf moteur, à travers le ganglion otique. Quand la douleur se fait sentir intense et profonde dans l'oreille, elle ne peut être

attribuée qu'aux rameaux du trifacial, qui donnent la sensibilité au conduit auditif externe, ou aux rameaux du ganglion otique, qui se rendent à la membrane muqueuse tympanique et qui sont encore une émanation du trifacial.

L'auteur explique encore d'autres modes d'invasion de la paralysie faciale, et termine en insistant sur la possibilité de la transmission de l'affection morbide dans les névropathies : d'un rameau à d'autres rameaux de la même branche ; d'une branche à une autre branche d'un même nerf ; d'un nerf sensible à un autre nerf sensible anastomosé avec le premier ; d'un nerf de sensibilité générale à un nerf de sensibilité spéciale ; des rameaux d'un nerf sensible à son tronc, et de son tronc à l'axe cérébro-spinal ; d'un nerf sensible à un viscère, l'estomac, par exemple, et réciproquement ; enfin, d'un nerf sensible à un nerf moteur.

II. DE LA NÉVRALGIE TRIFACIALE TRAUMATIQUE.

L'auteur, s'étant déjà occupé de cette affection dans une autre partie du *Recueil*, ne veut faire ici que publier une nouvelle observation de cette espèce de névralgie.

Observation de névralgie de la cinquième paire, par suite d'un coup violent sur la région orbito-frontale droite, chez une femme.

Le 27 novembre 1843, madame R. se heurta la région orbito-frontale droite contre l'angle d'une cheminée en marbre, en faisant effort pour se relever. La douleur fut très-vive et détermina une syncope de courte durée, ainsi que la suppression des règles ; cependant elle ne tarda pas à se dissiper.

Le 1er décembre, madame R... fut prise subitement d'une douleur violente à la région frontale du côté droit, douleur qui, selon l'expression de la malade, s'élançait du fond de l'orbite, en rayonnant vers le sommet de la tête, et suivait exactement les divisions sus-orbitaire et frontale de l'ophthalmique. Un épiphora abondant termina l'accès, qui se reproduisit les jours suivants avec une égale intensité, à des intervalles irréguliers.

Vers la fin de décembre, la douleur gagna la partie latérale du nez et envahit, quelques temps après, le tronc du nerf sous-orbitaire et ses divisions, sans abandonner le front ; enfin, le nerf mentonnier devint aussi, en janvier 1844, le siége de la douleur, qui s'étendit également au cou et jusque vers le moignon de l'épaule.

L'auteur, dans ses remarques sur les diverses périodes de cette affection, sur les effets de la médication variée qu'il a mise en usage et sur l'état actuel de la malade, établit qu'au point de vue de ses idées sur la propagation de l'action morbide, de rameau à rameau, de branche à branche, d'une paire de nerfs à une autre paire, cette observation est admirablement probante. « Ici, en effet, dit-il, il est impossible de sup-
« poser que la cause morbide ait agi sur toutes les branches de la cin-
« quième paire et sur le plexus cervical. La cause n'a agi que sur le
« nerf frontal, et c'est de là que ses effets se sont successivement pro-

« pagés dans toute l'étendue du nerf trifacial et jusqu'aux rameaux du « plexus cervical. Il est possible de suivre pas à pas l'effet de la con- « tusion du nerf frontal jusqu'à la dernière limite qu'il ait atteinte. »

III. DE LA PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE DES NERFS CRANIENS CONSÉCUTIVE A LA NÉVRALGIE DE LA CINQUIÈME.

L'auteur a publié, en 1846, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens, consécutive à la névralgie de la cinquième. Ce mémoire contient cinq observations qui démontrent ce rapport pathogénique. L'auteur rapporte ici, avec détails, des observations qui confirment, à ses yeux, la donnée pathogénique dont il s'agit et qui n'avaient pas été soupçonnées avant lui.

Ces observations ont pour sujet :

Une paralysie de la paupière supérieure gauche, guérie par le galvanisme ;

Un relâchement des paupières supérieures, accompagné de mouvements convulsifs des muscles des yeux et des paupières;

Deux cas de blépharoplégie et de strabisme externe (paralysie de la troisième paire);

Un cas de paralysie de la troisième paire consécutive à une névralgie frontale traumatique, liée elle-même à une cicatrice adhérente de la région frontale. Cette dernière observation est extraite du mémoire inséré, en 1846, dans les *Archives*.

L'auteur, dans les remarques et dans les commentaires qui suivent chacune de ces observations, s'applique à mettre en évidence les faits qui établissent la subordination de la lésion de mouvement à la lésion de sensibilité.

IV. NÉVROPATHIE INDÉTERMINÉE DE L'APPAREIL LARYNGO-PHARYNGIEN, CONSÉCUTIVE A L'ABLATION D'UNE TUMEUR GANGLIONNAIRE DE LA RÉGION SOUS-MAXILLAIRE.

Un militaire âgé de vingt-cinq ans, assez fortement constitué, offrant les attributs de ce qu'on a appelé le tempérament lymphatico-sanguin, entra au Val-de-Grâce avec une adénite cervicale du côté gauche qui résista à l'emploi de tous les moyens les plus rationnels. Dans l'extirpation qui en fut faite, le chirurgien, arrivé au pédicule de la tumeur et dans le but de prévenir une hémorrhagie, le tordit jusqu'à ce que cette tumeur, du volume d'un petit œuf, lui restât dans la main.

Le pansement fut simple. Malgré l'emploi continu de la réfrigération à l'aide d'une éponge imbibée d'eau froide, il se produisit un engorgement inflammatoire assez considérable pour nécessiter une double application de sangsues. Cette inflammation tomba et la cicatrisation s'opéra sans trop de retard. Mais déjà, pendant qu'elle se faisait, le malade commença à se plaindre d'une gêne étrange dans les mouvements du larynx et du pharynx : c'était une constriction, un spasme plein d'angoisse, plutôt une dysphagie qu'une dyspnée. Une foule de moyens furent employés inutile-

ment, cette affection obscure ne fit qu'augmenter. Le chagrin, le découragement, le désespoir, s'emparèrent du malade et le conduisirent au suicide. Il se précipita, la tête la première, de l'étage le plus élevé du cloître du Val-de-Grâce.

L'autopsie, pratiquée avec le plus grand soin, n'a pas donné la raison des souffrances sans exemple de ce malheureux soldat. Pour en chercher l'explication, l'auteur, réduit à une conjecture, suppose que la torsion du pédicule de la tumeur a eu pour effet le tiraillement de quelque rameau nerveux moteur important, et que la paralysie de certains muscles de l'appareil laryngo-pharyngien en a été la suite.

V. TIC DOULOUREUX OU NÉVRALGIE CONVULSIVE RHUMATISMALE DE LA TÊTE, DU COU, ETC.

Un cavalier de la garde républicaine, âgé de trente-huit ans, d'une bonne santé, bien musclé, sec, robuste, entra au Val-de-Grâce, le 27 octobre 1849, pour des douleurs qui dataient de vingt jours et qui avaient leur siége dans les régions temporo-pariétale et auriculaire gauches. Ce militaire, étant de service à l'Hôtel de Ville, avait été exposé à un froid vif et prolongé.

Après un mois d'infructueuses tentatives thérapeutiques, l'affection prit une autre physionomie : elle se compliqua et s'étendit ; en sorte que le malade présentait à la fois des accidents d'hypéresthésie continue dans les régions primitivement atteintes et des accidents d'hypéresthénie convulsive dans des régions voisines. Toutes les ressources thérapeutiques de la médecine et de la chirurgie furent employées pendant cinq mois contre ce cas pathologique, sans autre résultat qu'un soulagement momentané. Des bains sulfureux, administrés en dernier lieu, produisirent un calme plus marqué. On était enfin, après tant d'essais, sur la voie d'un traitement efficace. Le malade fut envoyé à Baréges, où il prit quarante-cinq bains et vingt douches. A son retour, le 15 octobre 1850, il éprouve encore faiblement des douleurs à l'épaule droite et à la région occipito-cervicale ; quelques contractions légères agitent la tête, mais seulement quand il parle ; toutefois le larynx est élevé et abaissé sans interruption par des mouvements rapides qui, heureusement, ne gênent ni la déglutition, ni l'émission et l'articulation des sons.

Quelques mois après il ne lui restait plus, de tant de maux, que cet étrange mouvement du larynx.

L'auteur considère cette affection morbide, anatomiquement, comme une névropathie ; étiologiquement, comme un rhumatisme. Il fait remarquer que la cause était rhumatismale ; que la médication qui a le mieux réussi, ou plutôt qui a seule réussi, est la médication antirhumatismale, et que l'action merveilleusement curative des bains sulfureux est une preuve que la médication antidiathésique est la seule véritablement efficace, parce qu'elle s'adresse à la maladie, et non pas seulement au symptôme.

AFFECTIONS PALUDÉENNES.—Des ruptures spontanées de la rate dans ces affections, par M. *E. Collin*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XV, p. 1.

AFFECTIONS PHLEGMONEUSES.—Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains chez les soldats de l'armée d'Afrique, par M. *Scrive*, médecin principal de 2e classe, t. XII, p. 235.

L'auteur, après quelques mois de séjour à Tlemcen, dont il dirige le service médical, est frappé du grand nombre de maladies phlegmoneuses des mains qu'il observe dans ses salles de chirurgie, comparativement à ce que l'on voit dans les hôpitaux militaires de France.

Sur un effectif de 4,000 à 4,500 militaires, composant la garnison de Tlemcen du 1er janvier au 1er décembre 1852, 250 hommes environ ont été traités, tant à l'hôpital qu'aux infirmeries, pour des affections phlegmoneuses des mains. Une quinzaine de ces blessés sont dans le cas d'être réformés.

Les recherches de l'auteur sur les causes et le traitement de ces affections peuvent se résumer par les conclusions qui terminent son travail :

1° Les affections phlegmoneuses des mains, les panaris surtout, sont, en Algérie, d'une extrême fréquence et d'une certaine gravité;

2° Ces maladies peuvent raisonnablement être attribuées aux travaux de guerre de nos troupes, à une disposition suppurative propre aux climats chauds, enfin à l'insouciance des soldats à l'endroit de leur santé;

3° Il n'y a rien à faire contre les nécessités de la guerre, mais il est possible d'obliger les soldats à réclamer des secours aussitôt qu'ils sont atteints d'une affection phlegmoneuse, suite de lésion physique aux mains.

AFRIQUE.— Recherches sur la dyssenterie du nord de l'Afrique, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, t. VII, p. 1. — De la pneumonie d'Afrique, par *le même*, t. XI, p. 268. — Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains chez les soldats de l'armée d'Afrique, par M. *Scrive*, médecin principal de 2e classe, t. XII, p. 235. — *Voy.* Affections phlegmoneuses.

ALCALIS. — Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, par M. *Poggiale*, pharmacien en

chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, t. XVII, p. 410.

Le sucre fourni par les aliments ou formé par le foie ne se rencontre jamais à l'état normal dans les sécrétions naturelles; l'oxigène respiré se combine avec l'hydrogène du sucre, pour former de l'eau, et avec le carbone, pour former de l'acide carbonique, concourant ainsi à remplir dans l'économie des fonctions de calorification.

Quelques chimistes admettent que le concours des carbonates alcalins est nécessaire pour la destruction du sucre; il en résulte alors des sels organiques qui se transforment ensuite en eau et en acide carbonique. Comme conséquence de cette théorie, le diabète serait dû au défaut d'alcalinité du sang.

Les expériences de M. Poggiale ont consisté dans le dosage du sucre contenu dans le sang de l'artère crurale, de la veine cave, des veines hépatiques et du foie, d'animaux à la nourriture desquels on ajoutait du bicarbonate de soude. Dans une autre série d'expériences, on injecta du glucose dans la veine jugulaire d'un lapin et on retrouva le sucre dans les urines. La même quantité de glucose additionnée de bicarbonate de soude, injectée de même, a donné des résultats identiques.

Ces diverses expériences ont fait reconnaître que, dans l'économie, la transformation du sucre en eau et acide carbonique n'a pas lieu sous l'influence des alcalis, dont la présence dans les urines est même compatible avec celle du glucose.

Des expériences faites au laboratoire ont démontré, d'une manière décisive, que les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose à une température inférieure à 95 degrés. On sait qu'on peut provoquer artificiellement le diabète en excitant le système nerveux, ou par l'inhalation de la vapeur d'éther. Dans ces expériences, la quantité d'alcali n'est pas modifiée, et il est probable que le passage du glucose dans les urines est dû plutôt à une oxidation incomplète du sucre, déterminée par une lésion du système nerveux.

ALEZAN, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Toulon* (1). — Observation d'hydrothorax accompagné d'ascite et d'hydrocéphale, t. XVIII, p. 308.

ALGER. — Des phlegmasies aiguës des organes respiratoires à Alger, par M. *Daga*, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XVII, p. 231.

ALGÉRIE. — Recherches sur les affections de la rate dans les fièvres paludéennes de l'Algérie, par M. *Collin*, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Philippeville,

(1) A quitté le service militaire.

t. IV, p. 83. — Nouvel examen de la sangsue algérienne, par M. *Tripier*, pharmacien principal de 1re classe, t. XXII, p. 351. — De la cachexie paludéenne en Algérie, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen, t. VIII, p. 1. — Faits pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis en Algérie, *ib.* p. 247. — Note sur divers cas d'empoisonnement en Algérie par des fruits de redoul (coriaria myrtifolia), t. XII, p. 232 — Note sur la fréquence du ténia en Algérie, par M. *A. Judas*, secrétaire du Conseil de santé, t. XIII, p. 230, — Note sur la fièvre typhoïde en Algérie, par M. *Netter*, médecin-major de 2e classe, t. XVI, p. 150. — De l'influence des coiffures militaires sur le développement de l'ophthalmie purulente en Algérie, par M. *Widal*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Dellys, t. XVII, p. 211. — Documents relatifs au ténia en Algérie, par M. *Potier-Duplessy*, chef de service à l'hôpital militaire de Nemours, *ib.*, p. 219.

ALIMENTAIRE (Régime). — Instruction du Conseil de santé des armées à l'effet de guider les troupes dans la composition de leur régime alimentaire, t. V, p. 343.

Cette instruction se divise en deux articles, dont l'un est relatif à la composition du régime, et l'autre à la composition des repas.

Art. 1er. *Composition du régime.*

Le régime alimentaire se compose des aliments solides et des boissons.

§ 1er. *Aliments solides.* — Les substances animales (*viande et poisson*), le pain, les végétaux, mucilagineux ou féculents, et les fruits sont les aliments solides dont le soldat doit faire habituellement usage.

L'expérience a démontré irréfragablement :

1° Qu'aucune substance alimentaire prise seule, pendant un temps prolongé, ne suffit à la nourriture complète de l'homme, ni quelquefois même à l'entretien de la vie. Ainsi la viande, le pain, les légumes, le riz, etc., ne peuvent, chacun isolément, fournir une alimentation suffisante ;

2° Que l'usage persistant et invariable des mêmes préparations alimentaires amène graduellement, dans les organes digestifs, un état ou de langueur, ou d'irritation, et toujours de satiété, si ce n'est de dégoût,

qui nuit à la bonne élaboration des aliments et, par suite, à la nutrition et à l'entretien des forces.

De ces faits, appuyés sur les données les plus positives de la science, découle le double principe : 1° de composer, autant que possible, chaque repas d'aliments divers, en proportions convenables, comme viande, pain, légumes, poisson, etc.; 2° de varier le régime, de telle sorte que chaque jour ne ramène pas les mêmes aliments.

Il est démontré encore que, pour être bien digérés et fournir au corps de l'homme tous les éléments de réparation matérielle et d'énergie dynamique dont il a besoin, les substances alimentaires doivent être accompagnées de substances seulement stimulantes, qui constituent des assaisonnements.

Ce premier paragraphe se fractionne en plusieurs sous-paragraphes qui se rapportent aux proportions à établir entre les divers aliments solides ; aux qualités que doivent avoir les divers aliments solides et à la préparation des aliments.

§ 2. Ce paragraphe concerne les boissons, c'est-à-dire l'eau, les liquides fermentés et les liqueurs alcooliques. Leur utilité, leurs principes, les qualités qui doivent les distinguer et les précautions à prendre dans leur usage.

Art. 2. *Composition des repas.*

En général, on observe que deux repas seulement, pour vingt-quatre heures, ne suffisent pas à la bonne alimentation et à l'entretien convenable des fonctions digestives chez le soldat. L'intervalle entre le repas du soir de la veille et celui du matin du lendemain est trop prolongé; il serait donc utile de faire prendre au soldat, le matin, avant les travaux de la journée, un premier repas léger, composé ou d'une partie de la viande bouillie de la veille, ou d'un potage facilement et instantanément préparé, ou enfin de fromage. Sous tous les rapports, il serait avantageux que la vie de l'ordinaire et les repas pris en commun devinssent assez agréables au soldat pour l'éloigner des autres lieux de réunion.

ALIMENTS. — Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, professeur de chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires, t. XVIII, p. 451.

Les méthodes analytiques employées par les chimistes pour isoler les substances qui composent les aliments offrant de grandes difficultés dans leur application, M. Poggiale indique avec détails celles auxquelles il s'est arrêté. Mais l'observation démontre que l'alimentation de l'homme n'est suffisante et facile qu'à la condition qu'elle contiendra des proportions convenables de substances plastiques, de matières grasses, de sels et d'aliments hydrocarbonés. Pour exprimer la valeur nutritive des aliments, il faut déterminer d'abord la relation numérique des matières sa-

lines, grasses, azotées et hydrocarbonées qu'ils renferment, et ce premier travail terminé permet d'établir scientifiquement une échelle de nutrition.

On peut appeler équivalents alimentaires les quantités des divers aliments de l'homme ou des animaux qui, comme les équivalents chimiques, se remplacent mutuellement et produisent les mêmes effets physiologiques. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont donné toutefois des chiffres bien différents pour la même substance. Aussi, pour M. Boussingault, l'équivalent du froment serait 49; pour Bloch, seulement 27. Il faut considérer dans chaque aliment, séparément, les matières azotées, grasses, hydrocarbonées, salines, et former, pour chacun de ces principes, une table particulière. On reconnaît facilement, du reste, qu'il faut établir une ration mixte avec la viande et le pain, de manière qu'elle renferme une partie d'aliments azotés sur quatre d'aliments respiratoires. On peut ajouter encore que l'instinct nous guide dans le choix de nos aliments.

Blé. — Le blé renferme plus de ligneux qu'on ne l'admet généralement. De plus les matières azotées qui existent dans le son ne sont point assimilables. Aussi le blutage à 20 pour 100 est-il indispensable pour donner du pain de munition très-bon et très-nourrissant.

Riz. — Le riz, employé seul, n'est pas un aliment substantiel et doit toujours être associé aux aliments azotés. On ne pourrait, sans danger, le substituer, dans la ration du soldat, à la viande et aux légumes secs; puisque, en ne tenant compte que de l'azote, il en faudrait 550 grammes pour remplacer 250 grammes de viande.

Orge. — Des coqs, nourris exclusivement d'orge, ont perdu de leur poids au bout de quelques jours. Il contient moins d'azote et plus de matières grasses que le blé. Le pain préparé avec sa farine est toujours lourd et compacte.

Avoine. — L'avoine ne contient aucune substance alimentaire pour l'homme, mais est favorable à l'engraissement des animaux, et surtout aux chevaux, qui ont besoin d'une nourriture substantielle sous un petit volume.

Seigle. — Cette céréale, avec laquelle on fabrique encore le pain du soldat dans quelques Etats du nord de l'Europe, contient moins de matière azotée que l'orge, l'avoine et le blé; elle ne donne pas de gluten.

Maïs. — Le maïs se distingue des céréales par sa forte proportion de matières huileuses. C'est un aliment agréable, d'une digestion facile, usité dans plusieurs pays.

Les semences des légumineuses contiennent une matière azotée abondante, analogue à la caséine et nommée légumine, de l'amidon et des matières grasses dont les proportions varient quelque peu. Les haricots blancs, les pois décortiqués ou non, les lentilles, les fèves, les pois chiches sont les espèces le plus généralement usitées. On les mange tantôt vertes, tantôt après la maturation. Les lentilles sont les plus riches en aliments azotés.

ALMA (Blessés de l'), *voy.* Armes a feu.

ALOPÉCIE, *voy.* Cachexie paludéenne.

ALPES (Hautes-). — Du recrutement, au point de vue du goître et du crétinisme, dans le département des Hautes-Alpes, par M. *Bories*, médecin aide-major au 45e de ligne, t. XII, p. 275.

ALQUIÉ, *médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement* (1). — Discours prononcé par lui le jour des obsèques de Casimir Broussais, t. III, p. 364.

AMAUROSE. — Amaurose incomplète, ancienne, par insolation ; traitement par les vésicatoires volants et successifs autour de la tête et les purgatifs ; par M. *Deschuttelaere*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital de Dellys, t. XVIII, p. 260.

Le nommé Moulin, d'une constitution vigoureuse, servant à bord d'un navire qui faisait le tour du monde, fut atteint, au mois de juillet 1839, à Mascate, d'une héméralopie, en même temps que quarante autres hommes de l'équipage. Les malades furent placés sous une tente dressée dans la batterie, de manière à les mettre entièrement à l'abri de la lumière solaire.

Le traitement de Moulin consista en un purgatif et en deux vésicatoires qu'on appliqua derrière les oreilles et qu'on laissa suppurer. L'amélioration ne se déclara qu'après deux mois et demi, lorsque le bâtiment se trouva sous un climat plus doux, mais la vue resta un peu faible depuis cette époque.

Moulin vint à Dellys vers la fin de 1850, l'affaiblissement de sa vue fit dès lors des progrès et augmenta surtout pendant l'été de 1851. Le 24 décembre de cette année, jour de son entrée à l'hôpital, l'héméralopie était complète. Plusieurs purgatifs, administrés à quelques jours d'intervalle les uns des autres, et des vésicatoires volants appliqués successivement aux régions sus-orbitaires, aux régions temporales, derrière les oreilles et sur le front, amènent rapidement la guérison. Moulin sort de l'hôpital le 15 janvier 1852.

Cette observation donne lieu à quelques remarques intéressantes. Elle prouve une fois de plus que l'amaurose par insolation peut prendre le caractère épidémique ; elle met en évidence l'efficacité des vésicatoires volants combinés avec l'usage des purgatifs dans le traitement de cette affection, et donne lieu à penser qu'il n'en est plus de même si on fait suppurer les vésicatoires.

---

(1) Était médecin inspecteur et membre du Conseil de Santé des armées au moment de son admission à la retraite.

AMÉLIE-LES-BAINS. — Propriétés spéciales des eaux d'Amélie-les-Bains ; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 396. —Eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les-Bains, par M. *Poggiale*, pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. XXII, p. 328.

AMPUTATIONS. — Nouveau procédé pour l'amputation des métacarpiens dans leur contiguïté avec les os du carpe, précédé de quelques considérations sur l'articulation carpo-métacarpienne, par M. *Roudil*, médecin-aide-major de 1re classe à l'infirmerie de l'hôtel impérial des Invalides, t. XVI, p. 395.

L'auteur, après avoir décrit très-minutieusement les dispositions anatomiques des surfaces osseuses qui concourent à former l'articulation carpo-métacarpienne, et qui appartiennent aux cinq métacarpiens et à la rangée inférieure des os du carpe, énumère les ligaments et les autres moyens d'union du carpe avec le métacarpe, et signale les points de repère de l'interligne carpo-métacarpienne.

Ces points de repère manquent, pour ainsi dire, à la face dorsale; tandis qu'à la face palmaire, après la division des parties molles, on trouve des indications tellement précises sur le siége de l'interligne, que le chirurgien ne saurait jamais s'en écarter : la première est l'apophyse du trapèze, qui s'en trouve à deux millimètres au-dessus; la seconde, la tubérosité du deuxième métacarpien, qui en est à trois ou quatre millimètres au-dessous; et la troisième est l'apophyse de l'os crochu dont la base correspond en bas à l'articulation.

L'auteur décrit ensuite, avec détails, le manuel opératoire qu'il propose pour la désarticulation des quatre derniers métacarpiens, pour celle des trois derniers métacarpiens, et pour celle des quatre premiers métacarpiens en conservant l'auriculaire. Ce dernier procédé serait applicable à la désarticulation des trois premiers métacarpiens, ainsi qu'à celle des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens, en conservant le pouce et l'auriculaire.

AMPUTATIONS. — Notes sur les résultats des amputations suite de la congélation des membres inférieurs, par M. *Lustreman*, médecin principal, professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, médecin en chef de l'hôpital de l'Université à Constantinople, t. XVII, p. 301.

Le service chirurgical de l'hôpital de l'Université a présenté, pendant le mois de mars 1856, un certain nombre de faits intéressants parmi lesquels se trouve un nouvel exemple de l'importance de l'extraction immédiate des esquilles.

A Malakof, un sous-officier a la cuisse gauche traversée et le fémur fracturé, à sa partie moyenne, par un coup de feu. La fracture avait paru simple, on résolut de tenter la conservation du membre. Des accidents graves compromirent le succès de l'entreprise, le blessé résista heureusement à ces complications et le fémur se consolida régulièrement; mais les plaies restaient fistuleuses, et une suppuration abondante s'en échappait encore et fit soupçonner la présence d'un corps étranger. Une incision au niveau de la fracture mit à découvert une esquille de quatre à cinq centimètres de longueur et de deux ou trois d'épaisseur, nageant en liberté dans une mare de pus.

Depuis lors, la suppuration diminua rapidement et tout fit espérer une guérison complète et prochaine.

Un autre ordre de faits pathologiques, les congélations, donna lieu à des remarques très-importantes. Des froids rigoureux avaient amené à l'hôpital de l'Université un certain nombre de militaires atteints de congélation à divers degrés. Ces malades reproduisirent dans les salles le triste tableau qu'elles avaient présenté, sur une plus grande échelle, pendant l'hiver de 1854-1855.

Le traitement des congélations était, pour ainsi dire, dicté par l'expérience du passé. On devait se borner aux soins appropriés à l'état des parties, car toutes les opérations chirurgicales, faites en 1854, avaient eu des résultats si constamment funestes, que les médecins les plus habiles et les plus autorisés les avaient unanimement abandonnées et condamnées.

Cependant des circonstances particulières engagèrent M. Lustreman à se départir de la réserve que s'imposaient encore les médecins des autres hôpitaux, et à revenir sur la proscription absolue dont la thérapeutique chirurgicale avait été si justement frappée l'hiver précédent.

Plusieurs militaires, atteints de congélation des deux pieds avec destruction complète des tissus, à l'exception des ligaments et des tendons, n'avaient été traités que par les topiques usités en pareil cas, et avaient succombé peu de jours après leur entrée à l'hôpital. M. Lustreman se promit, si des lésions pareilles s'offraient encore à lui, de tenter quelque chose pour conjurer cette funeste terminaison. Les occasions de réaliser son projet ne tardèrent pas à se présenter.

1. Marcellon, soldat au train des équipages, entre à l'hôpital le 31 janvier 1856, pour une congélation du pied droit. Les parties molles de l'avant-pied sont entièrement détruites sur la face dorsale. Le malade est pris de diarrhée et s'affaiblit visiblement. L'amputation de la jambe est pratiquée le 21 février, au lieu d'élection. Pas d'accident, marche rapide vers la guérison.

2. Casse, soldat au 86e de ligne, entre le 3 mars pour une congélation des deux pieds datant de vingt-cinq jours. Le sphacèle est complet. L'état général est déplorable. La double amputation fut pratiquée le 19 mars avec les précautions les plus scrupuleuses pour éviter toute perte de

sang. Dès le cinquième jour, une amélioration sensible se manifesta dans l'état général, puis successivement la fièvre et la diarrhée cédèrent, l'appétit se réveilla, les digestions se firent bien et tout contribua à donner l'espoir de la guérison de cet intéressant malade.

3. Diversin, fusilier au 98e de ligne, entre le 19 mars pour congélation, on pourrait dire pour momification des deux pieds. L'état général, d'abord assez bon, s'aggrave. La situation du malade devient évidemment des plus critiques.

L'amputation des deux jambes est pratiquée le 25 mars, au lieu d'élection. Rien ne vint en entraver l'exécution, qui fut aussi rapide que possible.

Les préparations d'opium et de ratanhia firent cesser la diarrhée ; à part quelques petits orages, rien n'est venu troubler l'état général et la cicatrisation a marché avec une régularité merveilleuse.

A ces trois cas d'amputations pratiquées avec succès pour des congélations, *mais sur un point éloigné de la lésion*, l'auteur ajoute quelques observations encore plus intéressantes, parce que les opérations ont été faites dans le voisinage le plus immédiat des parties malades, ou sur les tissus malades eux-mêmes.

Deux militaires sont entrés à l'hôpital atteints de congélation du gros orteil gauche. Les désordres sont très-étendus. Des médications variées et suivies avec ténacité sont restées sans résultat. L'amputation du premier métatarsien est pratiquée dans la continuité avec quelques modifications en rapport avec l'état des tissus. Les plaies prennent bientôt l'aspect ordinaire et la cicatrisation marche régulièrement.

Enfin, l'auteur a pu, sur un certain nombre de malades, faire avec avantage, la séparation spontanée n'ayant pas eu lieu, des ablations d'orteils, des résections de phalanges ou de métatarsiens dans la continuité, simplifier les plaies en excisant les fongosités des parties molles, sans voir se développer les accidents qu'entraînaient, en 1855, toutes les tentatives de ce genre.

De ces faits et de leur comparaison avec ceux de même nature observés en 1855, l'auteur conclut qu'en présence des congélations profondes des membres et des désordres graves qui les accompagnent, l'expectation ou le traitement par les topiques ne peut satisfaire les praticiens en 1856, et l'indication d'opérer doit être admise au lieu d'être repoussée d'une manière absolue, comme en 1855. Les raisons pour lesquelles le succès semble devoir couronner assez fréquemment, en 1856, des tentatives qui échouaient constamment l'année précédente, peuvent être recherchées dans la différence de la constitution médicale et dans le degré relatif de la salubrité des salles, à ces deux époques.

AMPUTATIONS. — Etudes sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe, par M. *Legouest*, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XVII, p. 317.

L'auteur expose, dans des considérations générales, que la valeur des opérations partielles du pied, discutée par beaucoup de chirurgiens, admise par d'autres, reste encore indéterminée pour le plus grand nombre; qu'il en est de même de l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles, qui laisse encore aujourd'hui le praticien indécis lorsque se présente à lui l'indication de l'amputation du pied dans sa totalité; que certaines opérations partielles du pied semblent avoir pris définitivement place dans la médecine opératoire, tandis que d'autres n'ont pu s'y faire admettre qu'avec des titres contestés; que l'anatomie chirurgicale du pied, la physiologie de la marche et de la station peuvent permettre de déterminer les avantages ou les inconvénients probables des uns et des autres et les classer en différents groupes.

L'auteur divise en deux grandes classes les amputations du pied :

1° Celles qui se font en avant de l'articulation tibio-tarsienne ;

2° Celles qui se pratiquent au-dessous de cette articulation ou dans cette articulation elle-même.

Les premiers comprennent deux genres d'opérations : Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, portant sur sa longueur, et les opérations qui, enlevant au pied plus ou moins de largeur, sont parallèles à l'axe de cet organe.

Avant de se livrer à l'étude de ces diverses opérations, l'auteur, dans un paragraphe spécial, décrit avec beaucoup de soin l'anatomie chirurgicale du pied; les points principaux par lesquels il repose sur le sol, soit à l'état de squelette, soit lorsqu'il est revêtu des parties molles, les dispositions de sa double voûte, l'une antéro-postérieure, l'autre latérale, dont l'examen fait mécaniquement apprécier les différentes inclinaisons que pourra prendre le pied sur la jambe lorsque, dans les opérations partielles en avant de l'articulation tibio-tarsienne, on aura enlevé une partie plus ou moins grande de l'arc-boutant antérieur; enfin, les ligaments externes et internes qui unissent entre eux les os du pied, ou qui forment l'articulation du pied avec la jambe, et les tendons qui peuvent être considérés dans les opérations sur le métatarse.

L'auteur a cru devoir s'attacher à ces détails anatomiques, afin de faire mieux apprécier leur importance, et parce que des maîtres habiles ont semblé ne s'être préoccupés que de l'abaissement de la voûte plantaire antéro-postérieure par la diminution de longueur de sa partie antérieure, dans les opérations perpendiculaires à l'axe du pied ; mais il résulte de leur étude ce que l'expérience constate également, à savoir que, de toutes les opérations sur le pied faites en avant de l'articulation tibio-tarsienne, il n'en est aucune, parallèle ou perpendiculaire à la direction de cet organe, qui ne lui fasse éprouver un double mouvement d'extension sur la jambe et de renversement en dedans, avec élévation ou déviation en dehors du bord externe; il faut en excepter, cependant, les opérations pratiquées sur les métatarsiens médians.

Viennent ensuite, dans des paragraphes et sous-paragraphes spéciaux, les classes et subdivisions des opérations partielles du pied, dans l'ordre suivant :

OPÉRATIONS PARTIELLES DU PIED PARALLÈLES A SON AXE.

Ablation des métatarsiens. L'auteur examine les changements que produisent dans les dispositions des voûtes antéro-postérieure et latérale du pied, dans la station et dans la marche, l'extraction d'un ou de plusieurs métatarsiens internes ou externes et la rétraction du tissu de cicatrice.

OPÉRATIONS PARTIELLES DU PIED PERPENDICULAIRES A SON AXE.

Ces opérations donnent lieu à des déplacements analogues à ceux que produisent les opérations précédentes.

L'auteur apprécie successivement, à ce point de vue, les questions suivantes :

A. Amputation des métatarsiens dans la continuité,

B. Désarticulation de tous les métatarsiens,

C. Désarticulation tarso-tarsienne,

D. Désarticulation des trois cunéiformes et du cuboïde,

E. Désarticulation médio-tarsienne,

Et déduit ainsi ses conclusions :

1º Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord interne ont pour résultat de renverser le pied en dedans, c'est-à-dire d'abaisser son bord interne et d'élever l'externe, en même temps que la pointe du pied est déviée en dehors; les opérés, bien que marchant la face interne de la jambe tournée en avant, se servent facilement et utilement de leurs membres.

2º Les opérations parallèles à l'axe du pied et intéressant son bord externe ont aussi le même résultat : plus on a enlevé de métatarsiens dans les deux cas, plus la rotation est sensible.

3º Toutes les opérations perpendiculaires à l'axe du pied, qui portent à égale hauteur sur les bords, le mettent dans des conditions moins favorables à la station et à la marche que celles qui laissent au bord interne plus de longueur qu'au bord externe. Le chirurgien doit toujours chercher à atteindre ce but.

4º Les opérations perpendiculaires à l'axe du pied l'abaissent en avant et l'inclinent en dedans, d'autant plus qu'elles sont faites plus haut.

5º L'amputation des métatarsiens, dans la continuité, donne lieu à cette déviation à un degré d'autant plus grand que la section des os se rapproche davantage de leur extrémité tarsienne, et le summum de cette déviation a lieu dans la désarticulation de la tête du premier métatarsien, en sciant les autres à la même hauteur. Afin de rendre ces inconvénients moins sensibles, il faut préférer à ces procédés la section des os du métatarse selon la ligne courbe que représente leurs têtes phalangiennes.

6º La désarticulation tarso-métatarsienne constitue une excellente opération ; elle conserve plus de longueur au bord interne qu'au bord externe, malgré la perte plus considérable qu'elle fait éprouver au pied, et vaut mieux que l'opération mixte précédente.

7º L'ablation des trois cunéiformes, en respectant le cuboïde, doit être absolument rejetée.

8º L'opération qui consiste à enlever les trois cunéiformes en sciant le cuboïde par le milieu, est l'analogue, au tarse, de l'opération mixte sur le métatarse : étant faite plus haut, elle présente des inconvénients plus grands, elle ne doit pas être conservée.

9º La désarticulation des trois cunéiformes et du cuboïde, quoique plus reculée que les deux précédentes, leur serait préférable, en ce qu'elle met le moignon dans des conditions analogues à celles que lui ferait l'opération tarso-métatarsienne, si elle n'était faite à une si grande hauteur.

10º L'amputation de Chopart est, de toutes les amputations partielles du pied, celle dont la valeur a été le plus discutée : elle ne réussit que dans de certaines conditions, impossibles à prévoir, difficiles à obtenir et peut-être encore mal déterminées. Malgré quelques exemples heureux de résultats définitifs avantageux, l'expérience semble lui être aussi défavorable que la théorie, et nous engage à la rejeter de la pratique.

11º Dans toutes les désarticulations partielles du pied, le grand nombre d'articulations ouvertes paraît constituer un double danger : celui de compromettre la solidité des parties conservées par la section des ligaments qui relient entre eux la plupart des éléments de la voûte plantaire, ou par celle des tendons ou des expansions tendineuses qui s'y implantent, et celui qui résulte de l'inflammation de surfaces articulaires considérables. En général, cependant, les résultats immédiats de ces opérations sont rarement funestes, et l'inflammation des surfaces articulaires, en les soudant entre elles, écarte les inconvénients qui pourraient résulter de leur désunion.

AMPUTATIONS AU-DESSOUS OU AU NIVEAU DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE.

Les opérations qui se pratiquent au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne, ou dans cette articulation elle-même, sont moins nombreuses et de date moins ancienne que celles exécutées en avant de cette articulation. Ces opérations sont naturellement moins connues que leurs aînées ; et leurs résultats, moins nombreux et par conséquent moins bien étudiés, n'ont pu être encore solidement établis.

L'auteur expose les avantages et les inconvénients des divers procédés des deux seules opérations au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne qui aient été pratiquées jusqu'à présent, à savoir :

A. Amputation sous-astragalienne,

B. Résection tibio-calcanéenne avec amputation du pied.

Cette opération, conçue, appliquée et décrite par M. Pirogoff, en 1854, sous le nom de : *Allongement ostéo plastique de l'extrémité inférieure dans la désarticulation du pied*, a été étudiée et heureusement modifiée par M. le médecin-inspecteur Sedillot, qui en a fait, en 1855, l'objet d'un mémoire sous le titre qui lui est donné dans ce travail.

L'auteur examine ensuite, dans un paragraphe spécial et au même point de vue, une opération qui se pratique au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et dans cette articulation elle même :

Amputation tibio-tarsienne intra-malléolaire et sub-malléolaire, oubliée depuis Brasdor, remise en honneur par Baudens.

Les considérations auxquelles il vient de se livrer amènent l'auteur aux conclusions suivantes :

1° L'amputation sous-astragalienne ne présente pas, théoriquement, les conditions d'une bonne opération, et ne doit point rester dans le domaine de la médecine opératoire.

2° La résection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore de résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement.

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contre-balancés que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre ; cet avantage est insignifiant, toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée et que l'extrémité du moignon peut supporter le poids du corps.

4° L'amputation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles, est préférable aux deux opérations précédentes et mérite d'être conservée.

5° Elle est avantageusement remplacée par l'amputation intra-malléolaire, qui doit être substituée, toutes les fois que la disposition des parties le comporte, à l'amputation sub-malléolaire.

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée.

7° L'amputation sub-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée.

AMPUTATIONS. — Observation d'un cas d'amputation tibio-tarsienne (procédé Pirogoff), par M. *Aronssohn*, médecin aide-major de 2e classe à l'armée d'Orient, t. XVII, p. 368.

Sch... (Jean), d'une constitution robuste, fut frappé, le 13 juin, sous Sébastopol, d'un éclat d'obus qui traversa la région métatarsienne du pied droit : le projectile, entré par la face dorsale près du bord interne, ressortit par la face plantaire près du bord externe.

Le blessé, évacué sur Constantinople, entra le 17 juin à l'hôpital de l'Université. Toute la partie antérieure du pied était très-tuméfiée : par les deux plaies, à bords très-renversés, proéminaient des chairs déjà fongueuses. En introduisant le doigt, on constatait facilement la fracture comminutive des métatarsiens. L'amputation fut résolue (tibio-tarsienne, procédé Pirogoff), parce que l'inflammation s'était arrêtée sur les limites de la région tibio-tarsienne, et que le talon était encore intact.

L'opération eut lieu le 18 juin. Le manuel opératoire déjà généralisé fut suivi. Deux points de suture, des bandelettes et un pansement selon les règles ordinaires furent appliqués.

Rien de particulier ne fut observé pendant les deux premiers jours; le troisième, la gangrène, qui régnait dans les salles, envahissait le lambeau, qu'il fallut enlever le cinquième jour. Le membre tout entier fut ensuite atteint de phlébite, et le malade succomba le 2 juillet avec tous les symptômes de la résorption purulente.

Ce qui ressort le plus évidemment, pour l'auteur, de son observation, c'est que le procédé n'est applicable qu'immédiatement, avant que le voisinage de la lésion ait altéré en rien les tissus sur lesquels doit porter l'instrument.

Raccourcissement peu considérablé du membre, moyen tout disposé pour la marche; tels sont, pour M. Aronssohn, les avantages que présente cette opération, qui a contre elle la difficulté de bien poser les indications et la lenteur avec laquelle s'opère la guérison complète.

AMPUTATIONS.—Note sur les amputations primitives et consécutives faites en Orient et considérées au point de vue de la signification de leurs résultats, par M. *Maupin*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, t. XIX, p. 290.

Ce travail se divise en deux parties, dont la première comprend une série de documents qui concernent exclusivement le service de santé de l'hôpital du Terrain de Manœuvres, dont M. Maupin avait la direction médicale.

Ces documents sont :

Le mouvement des malades en général, des blessés et des amputés en particulier, et les proportions relatives de la mortalité dans chacune de ces catégories, depuis le 1er mai 1855 jusqu'au 1er juin 1856.

Le nombre des opérations pratiquées à l'hôpital du Terrain de Manœuvres et celui des amputations reçues de Crimée, ainsi que leurs résultats par catégories d'amputations.

L'état dans lequel les amputés de Crimée sont arrivés à l'hôpital du Terrain de Manœuvres.

Un aperçu de l'état des blessés évacués de Crimée à leur arrivée à Constantinople.

L'état de ces blessés lorsqu'ils furent amputés à l'hôpital du Terrain de Manœuvres.

Les motifs qui ont déterminé le choix des amputations circulaires et du mode de réunion par les bandelettes agglutinatives.

Des considérations sur la fréquence ou la rareté des pansements après les amputations, et sur l'alimentation des amputés et autres blessés.

Cette première partie sert de base à la seconde, qui, sous forme de conclusion, se résume dans les propositions suivantes:

On n'a pas de renseignements positifs sur la proportion des succès et des revers à la suite des opérations pratiquées primitivement en Crimée.

Les amputés évacués de Crimée, deux ou trois jours après l'opération,

ont été exposés, pendant la traversée, à des épreuves très graves et compromettantes du succès.

Les blessés dont les lésions exigeaient des amputations secondaires auxquelles, d'ailleurs, ils n'étaient pas préparés moralement, avaient subi ces mêmes épreuves avec un surcroît d'ébranlement en rapport avec leur état.

Enfin, les uns et les autres ont été soumis à l'influence de l'infection des locaux et aux maladies qu'elle engendre, et qui ont entraîné l'issue funeste des opérations chirurgicales dans une proportion exceptionnelle.

AMPUTATIONS. — Compte-rendu des amputations primitives et des amputations consécutives traitées à l'hôpital militaire de Dolma-Bagtché (Constantinople), par M. *Salleron*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Versailles : première partie, t. XXI, p. 262 ; deuxième partie, t. XXII, p. 239.

Ce travail, qui a pour but de faire connaître la proportion relative des succès obtenus, en Orient, par les amputations primitives et par les amputations consécutives, se divise en deux parties :

Dans la première partie, M. Salleron expose d'une manière générale :

1° L'état sanitaire de l'armée à l'époque où il a recueilli ses observations, et les aptitudes morbides spéciales que présentaient les soldats de Crimée, en raison des travaux incessants et des fatigues excessives qu'ils avaient à supporter.

2° Les conditions hygiéniques défavorables de l'hôpital de Dolma-Bagtché, et leur influence fâcheuse sur des blessés dont la constitution était détériorée et la résistance vitale affaiblie.

3° Les accidents qui ont été cause de mort, en insistant particulièrement sur ceux qui, par leur fréquence et leur gravité, ont fait les plus nombreuses victimes, tels que : la gangrène, la pourriture d'hôpital et l'infection purulente.

Revenant aux détails sur ces trois puissantes causes de mortalité, M. Salleron décrit l'emphysème gangréneux, affection qui lui paraît mériter une attention d'autant plus sérieuse qu'elle a été constamment et rapidement mortelle, qu'il ne l'a jamais observée en France ni en Afrique, et que les auteurs classiques n'en font aucune mention.

Il insiste sur les symptômes, la marche et le traitement de la pourriture d'hôpital, qui, sous forme endémo-épidémique, acquiert un surcroît d'énergie et de gravité dont on n'a, selon lui, qu'une faible idée par l'observation de la même affection, sous la forme sporadique, dans les hôpitaux civils ou militaires, en temps de paix.

Dans l'infection purulente qui a été, à ses yeux, la principale cause de mort pour les blessés et les amputés, il s'attache à signaler des différences et des particularités qui lui ont paru mériter une mention spéciale, parce qu'elles sont de nature à guider dans le choix des méthodes opératoires et des moyens thérapeutiques des plaies d'amputation.

En relatant avec soin toutes les causes de mort après les opérations, M. Salleron a voulu mettre en évidence les difficultés que la chirurgie militaire avait eues à surmonter et les complications qu'elle avait eues à combattre. Des observations, exposées avec détails, éclairent les points les plus importants de son mémoire.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Salleron, prenant pour point de comparaison les accidents et les complications les plus fréquentes des blessures et les résultats immédiats et consécutifs qu'il a obtenus, apprécie les méthodes et les procédés opératoires, les deux modes de réunion des plaies après les opérations et chaque opération elle-même en particulier.

Il appelle l'attention des chirurgiens sur la désarticulation du coude, qui a donné des succès proportionnels assez nombreux pour établir la valeur de cette opération qui, jusqu'à présent, n'a pas joui de la faveur qu'elle mérite.

Les amputations partielles du pied et l'amputation sub-malléolaire ont eu des résultats peu satisfaisants et de nature à prouver que ces opérations doivent être exclues du champ de bataille.

La désarticulation du genou a rarement réussi. La constance et la similitude des accidents survenus après cette amputation ont conduit M. Salleron à proposer une modification qu'il croit indispensable à cette opération, pour lui assurer le succès et lui conserver les avantages que lui attribuent les chirurgiens qui l'ont réhabilitée dans la pratique.

Les résections n'ont pas fourni de brillants résultats et, de l'avis de M. Salleron, elles ne pouvaient même en donner de satisfaisants dans les conditions défavorables où se trouvaient les blessés et les amputés.

M. Salleron pose en principe que tout ce qu'il a dit, dans son travail, des amputations en général et en particulier, n'est relatif et applicable qu'aux conditions de guerre, et surtout aux conditions toutes spéciales dans lesquelles les médecins militaires étaient placés en Orient ; conditions qui doivent cependant se reproduire après les grandes batailles, parce que, dans les circonstances de cette nature, les moyens de transport sont rares, défectueux et l'encombrement inévitable.

M. Salleron ajoute que ses conclusions sont la conséquence de ce qu'il a vu et observé, mais qu'il n'a nullement l'intention, et encore moins la prétention, de critiquer ou de réformer les indications et les préceptes formulés par les maîtres de la science.

Quatre états statistiques sont joints au travail de M. Salleron.

L'état nº 1 indique le nombre des officiers, sous-officiers et soldats blessés traités à l'hôpital militaire de Dolma-Bagtché, du 1er mai au 1er novembre 1855, la classification de leurs blessures par région, le chiffre des sorties par billets ou par évacuation et celui des décès.

L'état nº 2 est la statistique des amputations primitives et consécutives traitées à l'hôpital de Dolma-Bagtché, du 1er mai au 1er novembre 1855, avec le nombre des décès et celui des guérisons.

L'état nº 3 est la statistique des cas de gangrène avec emphysème qui se sont déclarés, dans le même hôpital et pendant le même espace de temps, après les différentes opérations dans la continuité et dans la contiguïté.

L'état n° 4 est la statistique des amputations primitives et consécutives traitées du 1er mai au 1er novembre 1855, avec indication des causes de mort.

Le travail de M. Salleron est une réponse à l'appel adressé par le Conseil de santé aux médecins de l'armée d'Orient.

AMPUTÉS. — Mémoire sur l'ostéomyélite des amputés, par M. *Valette*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XVI, p. 230.

M. Valette a observé l'ostéomyélite chez les blessés de la bataille de l'Alma, et surtout chez ceux de l'affaire d'Inkermann qui avaient subi, soit immédiatement, soit consécutivement, des amputations dans la continuité.

Cet accident a régné épidémiquement dans tous les hôpitaux de Constantinople, depuis le commencement d'octobre jusqu'à la fin de décembre 1854. Il débutait habituellement par des symptômes généraux fort analogues à ceux de l'infection purulente ; mais, en même temps, se manifestaient fatalement, dans le moignon, les trois phénomènes suivants :

1° Hernie de la moelle osseuse, sous la forme d'un champignon ayant une couleur grisâtre ;

2° Décollement du périoste autour de la section de l'os amputé ;

3° Issue de l'os entre les lèvres de la plaie.

L'auteur fait remarquer que cet accident consécutif des amputations dans la continuité, malgré sa fréquence et sa gravité extrême, n'a pas, jusqu'alors, suffisamment attiré l'attention des praticiens.

Cet accident s'est montré à son observation sous deux états distincts : à l'état aigu et à l'état chronique.

L'*ostéomyélite aiguë* est beaucoup plus fréquente que l'autre. Elle se manifestait ordinairement du cinquième au dixième jour après l'opération ; cependant, elle s'est quelquefois déclarée à une époque assez éloignée du moment de l'amputation et lorsque déjà la cicatrisation était à peu près complète.

L'auteur expose avec détails le résultat de ses études sur cette affection et en fait connaître successivement les phénomènes généraux, les phénomènes locaux, l'anatomie pathologique et les divers degrés de l'étendue et de l'intensité des désordres locaux ; l'étiologie, la nature spéciale et les rapports avec l'infection purulente qu'elle domine au point de vue de la gravité ; enfin, la prophylaxie, le traitement local et le traitement général.

Vient ensuite la relation de trois observations recueillies à l'hôpital de Péra :

L'une, d'un cas d'ostéomyélite sur-aiguë terminée par la mort ;

L'autre, d'un cas d'ostéomyélite aiguë terminée par la mort pendant le second degré ;

La dernière, d'un cas d'ostéomyélite aiguë terminée par la mort pendant le premier degré.

Ostéomyélite chronique des amputés. L'auteur, après avoir donné la symptomatologie, l'anatomie pathologique, le traitement et l'étiologie de la forme chronique de l'ostéomyélite des amputés, en rapporte deux observations :

L'une, d'un cas d'ostéomyélite chronique de l'humérus ayant peut-être succédé à une ostéomyélite aiguë.

L'autre, d'un cas d'ostéomyélite chronique du fémur terminé par la mort.

Des deux accidents, infection purulente et ostéomyélite, l'auteur, dans le cours de son travail, a regardé le dernier comme le plus grave, parce qu'il a vu guérir, sous l'influence du sulfate de quinine, trois amputés qui présentaient évidemment les symptômes de l'infection purulente, tandis qu'aucun des amputés, dans la continuité, qui ont offert en même temps les symptômes de l'ostéomyélite aiguë, n'a échappé à la mort.

Les observations des trois amputés atteints d'infection purulente, non compliquée d'ostéomyélite, et guéris sous l'influence du sulfate de quinine, sont insérées à la suite de ce travail.

L'un, qui avait subi la désarticulation tibio-astragalienne, est sorti complétement guéri ; l'autre, qui avait été amputé dans le genou, a vu disparaître entièrement les symptômes d'infection purulente, mais il a succombé, deux mois après, à une diarrhée colliquative ; enfin, le troisième blessé, qui avait subi l'amputation de la jambe, dans les condyles du tibia, est sorti guéri après avoir présenté, pendant cinq jours, les symptomes de la pyohémie.

Telle est la marche que M. Valette a suivie dans son Mémoire. Il était inutile de présenter sommairement les diverses considérations qui s'y trouvent ; car elles sont parfaitement résumées dans les conclusions suivantes :

1° L'ostéomyélite peut se présenter sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

2° Dans les deux cas, elle s'accompagne presque toujours de l'infection purulente, sans qu'on puisse admettre que l'un de ces deux accidents a occasionné l'autre. Ils semblent naître simultanément sous l'influence des mêmes causes générales ; et si cette coïncidence jette du trouble sur la netteté du diagnostic, du moins, n'est-il pas impossible de déterminer la part que chacun d'eux prend à la manifestation des phénomènes morbides.

3° Sous la forme aiguë, l'ostéomyélite des amputés reconnaît pour cause prédisposante la viciation de l'air, soit par une ventilation insuffisante, soit par l'afflux des gaz des fosses d'aisances, soit par l'encombrement des malades. La cause déterminante est évidemment l'ouverture du canal médullaire d'un os long.

4° Les symptômes généraux peuvent en imposer facilement pour une infection purulente ; mais le diagnostic est aussitôt éclairé par les symptômes locaux que présente le moignon, et qui consistent dans la hernie de la moëlle, le décollement du périoste à l'extrémité de l'os, l'issue de celui-ci entre les lèvres de la plaie, et l'écoulement d'un pus liquide et fétide, dont l'abondance est en disproportion avec l'étendue de la solution de continuité.

5° La durée de l'affection varie de trois à quinze jours, et sa terminaison s'est toujours montrée funeste.

6° Les caractères anatomiques généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans le décollement du périoste, le ramollissement et l'infiltration purulente de la moelle dans la forme sur-aiguë, son augmentation de densité et sa couleur rouge-brun dans le premier degré de la forme aiguë, enfin, la formation de petits abcès en plusieurs points de sa longueur dans le deuxième degré.

7° Le traitement local est inefficace, s'il n'enlève, par la désarticulation de l'os, la totalité de la moelle affectée.

8° Le traitement général doit être dominé par une indication, celle de combattre l'adynamie, en nourrissant le malade autant que le permet l'état des voies digestives, en lui donnant un vin généreux, et en lui prescrivant du sulfate de quinine, qui modère le mouvement fébrile, tout en combattant l'infection purulente.

9° L'ostéomyélite chronique est caractérisée par la lenteur des manifestations locales, qui sont identiques à celles de la forme aiguë, avec cette différence que la moelle ne fait pas hernie par la coupe du canal médullaire.

10° Le début de la forme chronique est facilement masqué par les symptômes généraux de la pyohémie, mais on devra soupçonner que l'ostéomyélite se cache sous ces manifestations morbides quand on constatera, avec une augmentation notable de la suppuration, l'absence des traînées rougeâtres, de gonflement et de dureté du moignon. Pendant les jours suivants, l'examen attentif de l'extrémité de l'os aura bientot fixé le diagnostic.

11° L'ostéomyélite chronique, quand elle siége ailleurs qu'à la cuisse, ne menace pas prochainement l'existence, comme le fait la forme aiguë, mais elle constitue un état morbide qui place l'amputé sous le coup d'une pyohémie imminente, et lui rend la vie insupportable par les douleurs physiques et morales qu'occasionnent la longueur de la maladie et la formation successive d'abcès et de trajets fistuleux.

12° L'étiologie de cet accident est fort obscure quant aux causes prédisposantes. La cause déterminante se trouve, comme pour la forme aiguë, dans l'ouverture du canal médullaire ou des aréoles de l'extrémité articulaire d'un os long. Peut-être l'ébranlement imprimé à la moelle par le projectile qui vient fracasser un membre n'est-il pas étranger au développement de l'ostéomyélite après l'amputation.

13° Les caractères anatomiques généraux, quand il en existe, sont ceux de l'infection purulente. Les caractères anatomiques locaux consistent dans la transformation de la moelle en pus jaunâtre, dans le décollement du périoste, et dans la présence d'une couche de pus fétide à la surface de l'os.

14° Le traitement général de l'ostéomyélite chronique doit s'adresser aux symptômes de l'infection purulente et à la diarrhée. Le traitement local doit consister dans la résection de la partie d'os dépouillée de son périoste et, s'il y a récidive, dans la désarticulation de l'os malade, à moins qu'il ne s'agisse du fémur ou du péroné.

15° Les propositions précédentes s'appliquent à l'ostéomyélite qui succède aux résections.

ANALYSES. — Analyse chimique des eaux de Bône, par MM. *Demortain*, pharmacien-major, et *Laprevotte*, pharmacien aide-major aux ambulances de l'Algérie, t. IV, p. 227. — Note sur une nouvelle méthode d'analyse des sels métalliques, par M. *Roucher*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. V, p. 296. — Nouvelle analyse du bergenin, par M. *L. Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 317. — Analyse de quelques eaux minérales du département de la Moselle, par M. *Langlois*, pharmacien en chef de l'hôtel des Invalides, t. X, p. 347. — Analyse de l'eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza, par M. *Poggiale*, professeur à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XIII, p. 433. — Analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie, par *le même*, t. XIV, p. 363. — Recherches analytiques sur l'eau acidulo-saline gazeuse de Rome (*acqua acetosa*), par M. *Monsel*, pharmacien aide-major de 2e classe, *ib.*, p. 372. — Analyse d'un échantillon de sel gemme provenant des environs de Djelfa, par M. *Fortier*, pharmacien-major de 1re classe, t. XV, p. 386. — Recherches sur la composition de l'eau de la Seine à diverses époques de l'année, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, t. XVI, p. 421. — Essai analytique des eaux thermales d'Hammam-Lif et d'Hammam-Gourbès de la régence de Tunis, par M. *Leprieur*, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XX, p. 412. — Analyse des eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les-Bains, par M. *Poggiale*, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées, t. XXII, p. 328. — Analyse des eaux de Strasbourg et de Phalsbourg, par MM. *L. Lévy*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, et *Roger*, pharmacien aide-major de 1re classe au même établissement, *ib.*, p. 362.

ANCINELLE, *médecin aide-major de* 1re *classe* (1).—Relation médicale de l'expédition et de la prise de Laghouat, et aperçu topographique des régions parcourues par les troupes expéditionnaires, t. XIII, p. 371.

ANDRIEUX (F.-A.), *chirurgien aide-major au* 1er *régiment de hussards* (2).—Réflexions sur l'urétrite et son traitement, t. VIII, p. 208.

ANDRINOPLE. — Rapport sur la constitution médicale de cette ville, par M. *Cazalas*, médecin-major de 1re classe, t. XIV, p. 1.

ANESTHÉSIE.— *Voy*. CHLOROFORME, ÉTHÉRISATION.

ANÉVRYSME. — Observation d'un anévrysme faux consécutif, survenu à la suite d'une saignée du bras, traité par la compression, et suivi de guérison complète, par M. *Judas* (*V.-R.*), médecin-major de 1re classe, chef à l'hôpital militaire de Maubeuge, t. XII, p. 316.

Après quelques réflexions sur les succès et les revers qu'a présentés, entre les mains de plusieurs grands praticiens, l'emploi de la ligature ou de la compression dans le traitement des anévrysmes artérioso-veineux, et sur les motifs qui l'ont décidé à donner la préférence à ce dernier moyen, dans le cas dont il s'agit, l'auteur expose le fait chirurgical qui est l'objet de son observation.

Un caporal du 4e de ligne, en garnison à Landrecies, est saigné, le 31 juillet 1852, à la médiane basilique pour des étourdissements; l'artère, passant sous la veine, est piquée par la lancette, une tumeur assez considérable se forme au-dessous de la piqûre, le chirurgien ne se contente pas du bandage ordinaire, il y ajoute des compresses trempées dans l'eau froide et maintient l'avant-bras fortement fléchi; plus tard, il applique des cataplasmes sur la tumeur et envoie son malade à l'hospice d'Avesnes, où le même moyen est continué pendant quatre jours; enfin ce malade est évacué sur l'hôpital de Maubeuge, où il entre le 12 août, dans la soirée.

M. Judas reconnaît un anévrysme faux, circonscrit aux caractères particuliers qui distinguent les lésions de cette nature.

---

(1) Mort du typhus en Crimée.
(2) A quitté le service militaire.

La compression est appliquée, le 13 août. Elle se fait d'abord au moyen d'un bandage assez compliqué qui exerce son action jusqu'à la partie supérieure des bras et plus particulièrement sur la tumeur, et, au-dessus d'elle, sur le trajet artériel. Ce moyen causa de très-vives douleurs et fut remplacé par un instrument compresseur de Dupuytren, dont l'application ne fut pas moins pénible, et dont le dérangement se produisait au moindre mouvement. Un petit tourniquet de Jean-Louis Petit, modifié de manière que les liens ne pussent porter sur le circonférence du membre, remplit très-bien les indications : la tumeur diminua graduellement; le 20, aucun battement ne s'y faisait sentir, et le cours du sang était rétabli dans toute l'étendue de l'artère. On continua par prudence la compression pendant quelque temps, et le malade sortit guéri de l'hôpital le 2 septembre 1852.

Le 10 mars 1853, avant de quitter Maubeuge, M. Judas constate que la guérison s'est maintenue complète et parfaite. En terminant son travail, l'auteur revient sur les considérations qui ont motivé son diagnostic et déterminé le choix de la compression comme moyen de traitement, et le mode de compression qu'il a mis en usage.

ANÉVRYSME. — Observation d'anévrysme variqueux du bras gauche ; électro-puncture : insuccès ; ligature : guérison ; par M. *Dobbé*, médecin-major de 2e classe au 3e de ligne, t. XII, p. 328.

Un canonnier du 9e d'artillerie se présente, au mois d'août 1849, à la visite de M. Dobbé, se plaint d'éprouver des palpitations et demande à être saigné. Bien que cette affection ne lui parût pas grave, M. Dobbé voulut immédiatement envoyer ce malade à l'hôpital; mais celui-ci témoigna le désir de garder d'abord quelques jours le repos à la chambre et alla bientôt après consulter un des médecins de la ville.

Deux saignées du bras lui furent pratiquées, à quinze jours d'intervalle ; huit jours environ après la seconde saignée, une tumeur pulsatile survint au pli du bras gauche. Le médecin, alarmé, établit une compression à l'aide d'une pièce de monnaie; la tumeur continua ses progrès et atteignit la moitié du volume d'un œuf de poule. De concert avec un de ses amis, le médecin a recours à l'électro-puncture : deux aiguilles sont implantées au centre de la tumeur et mises en rapport avec les plaques des conducteurs d'une machine électrique, sur-le-champ de vives douleurs se déclarent dans le bras ; on se sert, le lendemain, d'une pile à auges, les douleurs sont plus violentes que la veille.

On s'en tient donc à la machine électrique et de jour en jour on augmente le nombre et la durée des séances ; en somme, il y a eu, en moins d'un mois, cinquante séances et implantation de plus de deux cents aiguilles : des phénomènes graves se déclarent, le bras et l'avant-bras se gonflent, la peau du membre thoracique prend une teinte rouge très-foncé, malgré la médication employée dans l'intervalle des séances. Tout à coup le trou d'une des aiguilles s'abscède, la bistouri donne issue à un large flot de matière séro-sanguinolente; quelques jours après, il se déclare une

hémorrhagie qui exige l'application du tourniquet sur le trajet de l'humérale.

Le médecin se décide à solliciter l'entrée du malade à l'hôpital. Il y arrive le lendemain, 4 décembre, pâle et très-amaigri, l'articulation huméro-cubitale gauche a presque doublé de volume ; au centre proémine une tumeur noirâtre, percée d'une ouverture béante et ulcérée ; la peau qui revêt les tissus tuméfiés est d'un rouge livide, la gangrène est imminente, l'amputation du bras dans la continuité semble le seul moyen de salut. Cependant M. Saiget, chirurgien principal, chef de l'hôpital militaire, se détermine à pratiquer la ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras, des lotions saturnées sont faites jour et nuit sur le membre, la poche anévrysmale est transformée en un vaste foyer dont le dégorgement s'opère en une douzaine de jours, la ligature tombe le quinzième jour et le malade sort de l'hôpital après quarante deux jours de traitement, ne conservant à l'articulation du coude qu'une grande rigidité qui ne tarde pas à disparaître complétement.

Le but principal de M. Dobbé, en rapportant cette observation, est d'appeler l'attention sur les deux effets saillants produits par l'électro-puncture : la douleur et l'ulcération de l'ouverture de l'une des aiguilles.

Il a déjà été constaté que les douleurs développées sous l'influence de la pile étaient tellement vives dans l'électro-puncture, que ce seul phénomène suffirait pour en contre-indiquer l'emploi. L'ulcération du trou d'une des aiguilles se reproduira inévitablement, car le dosage de la puissance électro-magnétique n'arrivera jamais à la prévision des manifestations pharmaceutiques.

Dans l'opinion de M. Dobbé, l'électro-puncture ne devrait être tentée dans le traitement des anévrysmes, que lorsque la ligature serait impossible.

ANÉVRYSME. — Observation d'un anévrysme faux consécutif de la carotide interne, par M. *J.-N. Périer*, chirurgien chef de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, t. XIV, p. 311.

Un élève de Saint-Cyr, âgé de 19 ans, entre à l'infirmerie de l'Ecole le 26 novembre 1843, pour une entorse radio-carpienne gauche, suite d'une chute de cheval faite deux mois auparavant, pendant les vacances. Cette chute, bien que violente, ne paraît pas avoir occasionné d'autre accident. Le 4 décembre, douleur légère dans le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire gauche, gêne des mouvements de cette articulation ; douleur dans l'intérieur de l'oreille, rien d'anormal dans l'arrière-bouche : — dix sangsues, cataplasmes émollients, injections amiculaires, gargarismes.

Pendant les jours suivants, on constate le développement graduel d'une tumeur qui semble s'étendre de l'angle de la mâchoire à la base du crâne, un traitement antiphlogistique actif est mis en usage. Dans la nuit du 9 au 10 décembre, des flots de sang font brusquement irruption par le nez et par la bouche, la quantité de cette hémorrhagie peut être éva-

luée à 1800 grammes; malgré de nouvelles saignées et de nouvelles applications de sangsues et l'emploi de tous les moyens indiqués en pareille circonstance, l'hémorrhagie se renouvelle dans la soirée du 11 et dans les journées du 15, du 17 et du 18, où le malade expire.

Après les deux premières hémorrhagies, le médecin s'était arrêté à l'idée d'une tumeur de nature anévrysmale intéressant probablement la carotide; l'avis d'un médecin célèbre, appelé en consultation, vint trop tard confirmer son diagnostic.

L'autopsie met à découvert une poche anévrysmale, du volume d'un petit œuf de poule, et placée entre le rachis et le pharynx, dans la région carotidienne supérieure.

ANGINE. — Observation d'angine laryngée, œdémateuse, ayant nécessité l'opération de la bronchotomie, par M. *Marmy*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. IV, p. 265.

L'observation dont il s'agit n'offrant rien de spécial ni sous le rapport symptomatologique, ni au point de vue anatomo-pathologique, il n'y a pas lieu d'en donner l'analyse détaillée.

ANGINE. — De l'angine pseudo-membraneuse et de l'angine gangréneuse, par M. *Daga*, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XIV, p. 141 à 192.

Angine couenneuse. Le caractère essentiel de l'angine couenneuse consiste dans la présence de pseudo-membranes à la surface de la muqueuse des voies aériennes, souvent du derme mis à nu, et plus rarement de la muqueuse des voies digestives. Souvent l'intégrité des fonctions intellectuelles se conserve jusqu'à la mort. La douleur est loin d'être en rapport avec l'intensité de la maladie. Le pouls présente de grandes variations. La respiration peut conserver son rhythme normal, mais, le plus ordinairement, elle devient plus fréquente; la voix est enrouée et fréquemment nasonnée; la toux n'est pas constante. Du côté de la digestion, il existe des troubles variés. Début, durée, terminaison; étiologie, épidémie, contagion; formes, diagnostic, pronostic.

Angine gangréneuse. Organographie pendant la vie et après la mort. Symptômes, début, marche, pronostic, étiologie. Nature de l'angine couenneuse et de l'angine gangréneuse. Traitement. Antiphlogistiques, vomitifs, caustiques, astringents. Traitement de l'angine gangréneuse. Observations.

AORTE. — Observation de maladies du cœur et de l'aorte, par M. *Goedorp*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Calais, t. IV, p. 167.

AORTE. — Observation d'un coup de fleuret au bord antérieur de l'aisselle droite, traversant le lobe supérieur du poumon droit, le péricarde et l'aorte près de son origine, par M. E. *Collin*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Montmédy, t. XIV, p. 300.

Le 9 janvier 1853, Gentili, caporal au 2e de ligne, dans une querelle qu'il avait provoquée, reçut d'un de ses camarades un violent coup de pied au front. Le lendemain, il souffrait de la tête et entra à l'infirmerie; mais, excité par ses camarades à vider sa querelle, il en sortit vers dix heures du matin, sans autorisation, se rendit sur le terrain et fut blessé d'un coup de fleuret à la poitrine.

La plaie, de 6 à 7 millimètres environ, est située au bord antérieur de l'aisselle droite, à peu près au milieu du deuxième espace intercostal. Elle est évidemment pénétrante et les parties voisines sont le siége d'une vive douleur qui entrave en partie les mouvements thoraciques de ce côté. Deux saignées générales, des ventouses scarifiées et les moyens ordinaires calment tous les symptômes. Quelques aliments légers sont accordés.

Le 15 janvier, le malade se dit convalescent et demande à se lever. Le 16, la convalescence semble confirmée. Ce jour, Gentili reçoit la visite de plusieurs de ses camarades et parle plus que de coutume. Vers quatre heures du soir il se lève de nouveau; tout à coup il chancelle, s'affaisse sur lui-même, tombe lourdement sans connaissance et meurt quelques minutes après.

A l'autopsie : épanchement très-abondant de sang dans la plèvre gauche et dans le péricarde, qui présente, dans sa moitié postérieure et au bas de sa paroi latérale gauche, une déchirure de 15 à 16 millimètres d'étendue. L'aorte est perforée à 10 ou 12 millimètres de son origine et au milieu de sa face antérieure. Il résulte des recherches nécroscopiques qu'une hémorrhagie s'est déclarée le septième jour et lorsqu'on croyait le blessé guéri.

A l'ouverture du crâne, on remarque, à la face inférieure du lobe antérieur droit du cerveau, l'arachnoïde, la pie-mère et la couche cérébrale superficielle elle-même ecchymosées et contuses. Dans le point correspondant de la base du crâne, existe une fracture de la table interne du coronal; cette fracture est linéaire et longue de 4 centimètres.

L'auteur termine par des considérations sur les difficultés, sur l'incertitude du diagnostic des plaies pénétrantes de poitrine, et sur la nécessité de se comporter dans leur traitement avec la même réserve et la même prudence que si l'on avait affaire à la blessure la plus dangereuse.

APOPLEXIE de la protubérance annulaire ; paralysie, effet croisé, par M. *Cuvellier*, chirurgien-major au 62e de ligne, t. XI, p. 262.

APPAREIL A FRACTURE.—Des avantages de l'appa-

reil à fracture de jambe de Baudens, par M. *Radat*, chirurgien-major au 8e régiment de lanciers, t. VIII, p. 133.

Deux cas de fracture de jambe, observés au 8e lanciers, dans le courant de juillet 1851, rappellent à M. Radat l'heureuse pratique de Baudens, de 1846 à 1849, dans ce genre de lésions, au Val-de-Grâce, dont il était alors chirurgien en chef.

Le 1er juillet 1851, le nommé Latrillard, lancier au 2e escadron, âgé de 23 ans, d'une forte constitution, se fractura complétement la jambe droite dans des exercices de voltige. Le membre est placé dans l'appareil de Baudens et le blessé conduit à l'hôpital.

Le médecin alors chargé du service applique l'appareil de Scultet; ce bandage, arrosé d'un mélange d'eau et d'alcool camphré, fut d'abord renouvelé tous les trois ou quatre jours, puis rendu inamovible au moyen de l'amidon au quinzième jour, et enfin levé au quarantième jour après l'accident. Le lendemain, en imprimant quelques mouvements passifs au genou et au pied, on s'aperçut d'une courbure à l'endroit de la fracture; le col avait évidemment fléchi. Il fallut donc revenir à un nouvel appareil amidonné, qui resta appliqué du quarantième au soixantième jour, et cette fois la consolidation fut trouvée parfaite.

Le nommé Delbois, lancier au 3e escadron, âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, reçut, le 25 juillet 1851, un coup de pied de cheval qui lui fractura la jambe droite avec plaie au tiers supérieur.

Le membre fut placé dans la boîte de Baudens avec les précautions ordinaires et le blessé transporté à l'hôpital.

M. Radat, chargé alors de la visite des malades, maintint son premier pansement, qui devint définitif. Tout se passa d'une manière si régulière, qu'au quarantième jour après l'accident la fracture était consolidée. On enlevait l'appareil le 5 septembre, et le blessé marchait dans les salles à la fin de ce mois.

L'auteur termine par des réflexions sur la différence des résultats de ces deux traitements, sur l'influence nuisible qu'exercent les bandages inamovibles sur les fonctions vitales des membres blessés, et sur les avantages que peut offrir la boîte Baudens comme appareil de premier secours.

ARACHIDE. — Rapport sur l'emploi de l'huile d'arachide dans la composition de divers médicaments externes, par M. *Lacarterie*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. VIII, p. 326. — *Voy.* Huile.

ARGENT (Azotate d'). — *Voy.* Azotate d'argent.

ARLES (Bains d'). — *Voy.* Amélie-les-Bains.

ARMAND, *chirurgien aide-major au 36e régiment d'infanterie de ligne* (1). — Climatologie et constitution médicale de la campagne et de la ville de Rome en 1849 et 1850, t. VII, p. 146.—Rapport sur le service médico-chirurgical de Viterbe pendant la saison des eaux de 1851, t. X, p. 11.

ARMÉES. — Hygiène militaire comparée et statistique médicale des armées de terre et de mer, par M. *Boudin*, médecin principal attaché à l'état-major de la place de Paris, t. III, p. 1.

La valeur de l'organisation d'une armée peut se mesurer d'après le chiffre de ses pertes habituelles. Travaux statistiques publiés par divers gouvernements sur les pertes de leurs armées respectives : Angleterre, Prusse, États-Unis d'Amérique, France. Etudes sur les anciennes armées romaines. Le Sénat ordonnait les appels distingués en *légitimes* et en *tumultuaires*. Le choix des hommes, *delectus*, était confié à des tribuns militaires. Les hommes exemptés pour défaut de taille étaient dits *parvitate deformes*. Pour être admis au service, il fallait posséder une certaine fortune : *res pecuniaque*. Une loi de Valentinien fixe ainsi la taille réglementaire du soldat : *In quinque pedibus et septem unciis usualibus delectus habeatur*. On était admis au service à dix-sept ans, et l'on servait jusqu'à quarante-cinq ans. Retraite, fardeau, solde, vivres du soldat romain.

Armée prussienne. Recrutement, mortalité, alimentation. Force de l'homme estimée au dynamètre. Maladies considérées comme causes de décès.

Armée anglaise. Recrutement, mortalité dans chacune des possessions britanniques. Mortalité des troupes auxiliaires. Maladies considérées comme causes de décès. Marine anglaise : ses pertes dans les diverses stations; sont de beaucoup inférieures à celles de l'armée de terre.

Armée des Etats-Unis; armée russe; armée saxonne.

Armée française. Nombre des jeunes gens inscrits sur les listes annuelles de tirage; contingent. Motifs d'exemption de service, de 1831 à 1842. Taille, âge, professions.

D'après les recherches du général Préval, les pertes sont :

Dans la 1re année de service, de	7 1/2 pour 100.
2e	6 1/2
3e	5 1/4
4e	4 1/2
5e	3 »
6e	2
7e	2

(1) Médecin-major de 1re classe aux ambulances du corps expéditionnaire en Chine.

D'après divers documents officiels, les pertes annuelles de l'armée française ont été, dans l'intérieur :

En 1842,	de 24,6	décès sur 1,000 hommes.
1843,	20,4	
1844,	15,6	
1845,	14,8	
1846,	17,6	

En Algérie, la mortalité s'est élevée aux chiffres suivants :

En 1841,	de 108	décès sur 1,000 hommes.
1842,	79	
1843,	74	
1844,	54	
1845,	50	
1846,	62,5	

Pertes selon le grade. Poids des habits, du grand équipement, de l'armement, des munitions, des effets de linge et chaussure. Poids de l'homme. Alimentation.

ARMÉE. — Statistique médicale de l'armée; rapport au ministre, et moyens d'exécution, t. XII, p. 1. — Documents sur le goître aigu dans l'armée, *ib.*, p. 241. — Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains dans l'armée d'Afrique, par M. *Scrive*, médecin principal de 2e classe, t. XII, p. 235. — Instruction médicale pour l'armée d'Orient, t. XIII, p. 447. — Esquisse historique et philosophique sur les maladies qui ont sévi sur les soldats de l'armée d'Orient, depuis le début de la campagne jusqu'à ce jour, par M. *Scrive*, médecin en chef de l'armée, t. XVIII, p. 1. — Coup d'œil général sur la nature des maladies de l'armée de Crimée jusqu'àla fin de 1854, par M. *Grellois*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, *ib.*, p. 269. — De la morve et du farcin communiqués du cheval à l'homme de guerre, et des moyens pratiques propres à en diminuer la fréquence dans l'armée, par M. *Bernier*, médecin aide-major au 8e régiment de dragons, t. XIX, p. 1. — Notice médico-chirurgicale sur l'armée d'Orient, par M. *Quesnoy*, médecin-major du 4e régiment des voltigeurs de la garde, 1re partie, t. XX, p. 241; 2e partie, t. XXI, p. 193.

ARMES A FEU.—Mémoire sur le traitement des plaies d'armes à feu, par M. *Baudens*, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé (1), t. X, p. 98.

M. Baudens examine successivement, dans son mémoire, les cinq questions suivantes :

I. *Débridement des plaies d'armes à feu.*

L'auteur, pour bien poser la question, définit d'abord ce qu'on doit entendre par débridement : c'est une opération chirurgicale qui a pour objet la division des tissus aponévrotiques, spécialement des aponévroses d'enveloppe, afin de favoriser l'épanouissement inflammatoire des parties lésées, de prévenir l'étranglement, d'alléger les souffrances et d'éviter la gangrène.

A ses yeux, l'étranglement est très-rare après les plaies d'armes à feu, quand le plomb a traversé les parties molles sans fracturer les os. L'auteur établit ainsi une distinction fondamentale entre les plaies simples et les plaies compliquées : pour les premières, il repousse de toutes ses forces le débridement ; quant aux secondes, les incisions que nécessitent leurs complications sont pratiquées à des points de vue bien différents de ceux qui dirigent le chirurgien dans un débridement.

M. Baudens combat ensuite, par les résultats de son observation et de son expérience, les divers avantages que l'on attribue au débridement, tels que ceux de changer la forme ronde des plaies et de permettre d'en affronter les lèvres ; de convertir une plaie contuse en une plaie simple par instrument tranchant ; de transformer une plaie fistuleuse en une plaie ouverte ; de permettre l'extraction des corps étrangers et la ligature des vaisseaux lésés ; de produire une saignée locale ; de donner issue aux liquides extravasés dans les environs de la solution de continuité ; de diviser les tissus aponévrotiques et ligamenteux, et ainsi de prévenir l'étranglement.

II. *Faut-il, d'une plaie compliquée, faire sur-le-champ une plaie simple en enlevant toutes les esquilles, soit libres, soit adhérentes, contrairement à l'opinion généralement admise de confier leur expulsion à un travail éliminatoire, à la suppuration ?*

Les nombreux revers dont il a été témoin parce qu'on avait voulu confier à la suppuration le soin d'expulser les esquilles, ont engagé l'auteur à formuler le principe de les enlever toutes immédiatement, qu'elles soient ou non adhérentes. Ce précepte s'applique sans incertitude aux esquilles libres que Dupuytren appelle primitives.

---

(1) Ce travail a été adressé au Conseil de santé en 1848, par M. Baudens, alors chirurgien en chef et premier professeur au Val-de-Grâce.

Plusieurs considérations pratiques établissent qu'à un très-petit nombre d'exceptions près, toutes les esquilles appelées secondaires doivent être extraites le plus vite possible, attendu que bon nombre d'entre elles, perdant ultérieurement leur adhérence, exposent aux dangers inhérents à la conservation des esquilles primaires, et qu'assez souvent des esquilles secondaires, d'abord comprises dans la masse du cal, cessent plus tard de vivre et deviennent, après un temps plus ou moins long, des esquilles tertiaires, causes fécondes des accidents les plus graves.

III. *Les réfrigérants, la glace en particulier, doivent ils constituer la base essentielle du traitement des plaies par armes à feu?*

L'auteur établit que, les plaies d'armes à feu étant les plaies contuses au suprême degré, il faut s'attendre à une réaction inflammatoire des plus violentes et, par conséquent, recourir à la médication la plus puissante pour conjurer cette réaction. L'emploi de la glace, avec ou sans addition de sel marin, selon qu'il convient d'obtenir un degré plus ou moins prononcé de froid, constitue cette médication. La grande objection qu'on y oppose, c'est le danger des répercussions.

L'auteur combat cette objection, qui, selon lui, n'existe qu'en théorie, et s'attache à expliquer l'action de la glace comme agent thérapeutique. Pour employer les réfrigérants, il ne faut pas attendre le développement de l'inflammation; mais, le mal étant même arrivé à cette période, il faut préférer la glace aux sangsues et aux cataplasmes. La glace, dans ces cas, n'agit pas sur des tissus sains, mais sur des tissus lésés par une cause traumatique, elle ne soustrait pas du calorique normal, elle soutire du calorique pathologique. L'auteur en appelle à l'expérience des praticiens qui n'ont pas craint de suivre son exemple et de mettre en usage la méthode réfrigérante.

IV. *Quand les fractures, soit du corps, soit des épiphyses des os des membres, ne dépassent pas certaines limites, faut-il préférer la résection à l'amputation? Quelles sont les lésions qui commandent l'une ou l'autre?*

L'auteur établit, tout d'abord, une distinction capitale entre les lésions des os du membre pelvien et celles des os du membre thoracique. Il pose en principe que pour le membre inférieur, en raison de ses fonctions comme soutien du tronc et de ses muscles puissants et volumineux qui tendent à écarter les fragments osseux, dans les fractures, et rendent plus difficiles la recherche et l'extraction des esquilles, les résections des surfaces articulaires, aussi bien que celles du corps des os, ne doivent être pratiquées que pour des cas tout à fait exceptionnels, et que l'amputation, au contraire, doit être la règle.

L'auteur examine ensuite et successivement les cas où il convient de recourir à la résection ou à l'amputation : dans les fractures du corps des os et dans les fractures des épiphyses des os du membre pelvien, dans les fractures du corps des os et dans les fractures des épiphyses des os du membre thoracique. Les considérations qu'il présente, dans chacun de ces

articles, résument sa pratique dans le traitement des plaies d'armes à feu, quant aux amputations.

V. *Amputations immédiates et amputations consécutives.*

Les détails dans lesquels l'auteur est entré sur la question précédente peuvent éclairer celle-ci. En parlant des fractures, il a indiqué dans quel cas il faut, ou se borner à extraire les esquilles, ou faire la résection, ou bien amputer. Il croit pouvoir se borner à faire connaître en quelques mots la règle de conduite qu'il suit invariablement dans sa pratique.

L'auteur termine son travail en donnant le tableau général du service de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, à la suite des événements de juin 1848, et l'indication sommaire des diverses espèces de blessures par régions.

ARMES A FEU.— Documents pour servir à la solution de plusieurs questions relatives au traitement des plaies par projectiles de guerre, recueillis, dans son service sur les blessés de l'Alma et d'Inkermann, par M. *Valette*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XV, p. 204.

Ces questions sont au nombre de cinq, savoir :

1° *Question des amputations immédiates.*

Le résultat déplorable qu'ont eu la plupart des amputations secondaires, dans les salles de M. Valette, tend à prouver à ses yeux, une fois de plus, la supériorité des amputations primitives.

Sur trente amputations primitives pratiquées sur diverses régions des membres supérieurs et inférieurs et dont les sujets ont été évacués sur le service de M. Valette, dix ont été suivies de mort, soit par infection purulente seule ou compliquée d'ostéomyélite de l'os scié, soit par tétanos.

Sur neuf amputations secondaires, sept sont suivies de mort. Dans ce nombre se trouve une résection partielle de la tête humérale, faite neuf jours après l'accident et dont M. Valette donne l'observation dans tous ses détails, afin de faire connaître une modification qu'il propose d'apporter à cette opération.

L'innovation regardée comme utile par M. Valette consiste à ne faire qu'une résection partielle de la tête humérale, dans les cas où une portion de cette éminence articulaire aura été respectée par le projectile. Ce procédé nouveau, dans l'opinion de M. Valette, n'aurait pas de désavantage sur l'ancienne opération et ferait espérer les bénéfices suivants : La conservation de la longueur du membre ainsi que de l'étendue et de l'intégrité de ses mouvements ; une plus grande solidité de l'articulation, grâce à la conservation de la majeure partie de sa capsule fibreuse ; la

suppression du long travail nécessaire à la formation d'une articulation nouvelle et à l'acquisition des mouvements qu'elle permet.

M. Valette fait remarquer que la proportion des décès dans les opérations secondaires, aurait encore paru plus grande s'il avait ajouté à son calcul statistique trois amputations, à la partie supérieure de la cuisse, pratiquées par lui à l'hôpital de Canlidjé, sur des blessés de l'Alma, et suivies de mort par infection purulente, de sorte que la proportion réelle des ses pertes, dans les amputations et opérations consécutives, a été de dix sur douze.

Cette cruelle leçon de trois décès sur trois amputés de la partie supérieure de la cuisse a décidé M. Valette à ne pas recourir à cette opération dans un cas de fracture en dessus de la partie moyenne de la cuisse par suite de coup de feu; blessure dont il a obtenu la guérison et dont il rapporte avec soin l'observation, comme un fait de plus à ajouter à ceux de même nature énumérés par M. le médecin-inspecteur Hutin, à l'hôtel impérial des Invalides, pendant qu'il en était le chirurgien en chef.

L'opinion de M. Valette a la plus grande analogie avec celle que M. Legouest a exprimée sur le même sujet dans son mémoire sur la désarticulation coxofémorale, inséré au tome XV du recueil, page 224.

2° *Question du débridement préventif.*

Après avoir rappelé les opinions diverses émises en 1848, sur l'utilité du débridement préventif, dans le sein de l'Académie de médecine, au sujet du traitement des plaies par armes à feu, M. Valette cite cent neuf cas de plaies d'armes à feu perçant les aponévroses d'enveloppe aux mains, aux avant-bras, aux cuisses, aux jambes, aux pieds, et qui ne furent l'objet d'aucun débridement préventif. Donc tous ces cas, moins un seul, où l'infection purulente a causé la mort, la guérison a été obtenue dans une période moyenne de vingt jours, sans qu'aucun accident sérieux soit venu réclamer des débridements secondaires; d'où M. Valette est entraîné à conclure que l'étranglement est assez rare après les blessures par armes à feu pour que le débridement préventif soit inutile.

3° *Question de l'emploi des réfrigérants.*

Après avoir énoncé l'avis des auteurs sur ce moyen de traitement, M. Valette cite deux cent quatre-vingts cas de blessures par projectiles de guerre où l'eau froide aurait pu être employée.

La seule crainte d'entretenir, dans ses salles, une humidité funeste à l'état général des blessés a fait renoncer M. Valette à l'usage des fomentations froides : des pansements simples, et si les malades se plaignaient de douleurs vives, ce qui est arrivé rarement, des émollients et quelques applications de sangsues ont suffi.

Sur ces deux cent quatre-vingts cas, dix ont été mortels; les autres ont été guéris dans une période moyenne de vingt jours.

Le résultat aurait-il été plus favorable, si les réfrigérants avaient été préférés aux pansements secs? La nature des accidents qui ont amené la mort ne permet pas de le penser.

Les décès ont été causés : 1, par la pourriture d'hôpital; 1, par la phthisie pulmonaire; 1, par un phlegmon intrapelvien ; 2, par l'encéphalo-méningite ; 5, par infection purulente.

4° *Question des évacuations sanguines préventives.*

Dans aucun des cas énumérés plus haut, il n'a été pratiqué d'évacuations sanguines préventives, soit en Crimée, soit à Péra, même dans les cas de coup de feu à la main avec fracture d'un ou de plusieurs métacarpiens qui, selon Guthrie, exigent spécialement ce moyen. M. Valette a eu, dans son service, sept cas de coup de feu à la main avec fracture d'un ou de deux métacarpiens ; ces blessures, qui avaient été simplifiées en Crimée par l'extraction des esquilles et des corps étrangers, ont marché, sans complication, vers une issue favorable.

5° *Question de l'extraction des esquilles et des corps étrangers.*

De la conduite chirurgicale suivie en Crimée et de ses propres observations à Constantinople, M. Valette est amené à établir qu'à l'ambulance il faut se hâter de transformer les plaies compliquées en plaies simples par la recherche et l'extraction des esquilles et des corps étrangers; tandis que dans les hôpitaux, au contraire, et alors que la période de suppuration est arrivée, il faut être très-sobre de ces investigations et attendre du travail éliminateur aidé d'une position convenable et de quelques injections émollientes ou toniques, selon le cas, l'expulsion des projectiles et des fragments osseux.

L'auteur termine en proposant l'adoption de quelques préceptes dont aucun n'a, de son propre avis, le mérite de la nouveauté, mais qui tous devraient, à ses yeux, cesser d'être l'arène litigieuse des tournois scientifiques.

ARMES A FEU.— Observations de plaies par armes à feu, recueillies par M. *Masse*, médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'Orient, dans les services de MM. Méry, médecin principal, et Morgue, médecin-chef des hôpitaux de Constantinople, t. XVI, p. 379.

Ces observations sont au nombre de quatre, et concernent deux blessures de la face et deux blessures de la tête.

1. Guérin, soldat au 3e régiment de zouaves, âgé de 36 ans, est blessé le 17 mars 1855 et entre à l'hôpital de Péra le 26 du même mois.

Ce militaire a été atteint d'une balle à la face, au niveau de la région moyenne du nez, sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur gauche. Les recherches constatent la présence d'un corps dur, oblong, dont le choc est métallique et qui paraît être une balle située à trois centimètres environ de profondeur.

M. Méry, après avoir inutilement tenté, à l'aide de fortes pinces, l'ex-

traction de ce corps étranger, se décide à fendre l'aile du nez dans toute sa hauteur, la balle est alors facilement saisie par son petit diamètre et amenée au dehors. Deux points de suture enchevillée sont appliqués. Le 6 août, la cicatrice est linéaire. Guérin sort de l'hôpital, le 23 avril, parfaitement guéri.

2. Kauffmann, soldat au 1er régiment de zouaves, âgé de 24 ans, est blessé d'un coup de feu à la bataille de l'Alma et entre à l'hôpital de Péra, dans le service de M. Morgue, le 24 septembre 1854.

Le projectile a parcouru le trajet suivant : pénétrant à la face dorsale et médiane du nez, au niveau du bord supérieur du cartilage des ailes, la balle se dirige de gauche à droite, fracture le maxillaire supérieur droit dans sa lame transversale palatine, dont elle enlève les molaires, et vient sortir au-dessous du lobule de l'oreille droite, après avoir toutefois brisé comminutivement la branche montante du maxillaire inférieur correspondant. Les phénomènes locaux sont graves et compliqués, il y a surdité et paralysie des muscles du côté droit de la face. Des hémorrhagies par l'oreille droite se déclarent les 28 septembre, 2 et 9 octobre; elles cèdent à l'emploi du perchlorure de fer.

Le 14 octobre, extraction par l'ouverture de sortie d'une portion de balle complétement déformée. Retour de l'hémorrhagie, plus abondante et plus inquiétante que jamais, dans la nuit du 14 au 15 octobre. Emploi d'une solution plus concentrée de perchlorure de fer. Faiblesse très-profonde du blessé.

Un régime réparateur sagement gradué et les préparations de quinquina rétablissent progressivement les forces. Kauffmann est évacué le 2 décembre sur l'hôpital de Nagara, d'où il a été dirigé sur France presque complétement guéri, mais conservant une gêne prononcée dans les mouvements de la mastication par suite de la déviation de la mâchoire inférieure, déviation qui, toutefois, tendait à diminuer.

3. Lombard, soldat au 1er régiment de zouaves, âgé de 26 ans, est atteint, le 20 septembre 1854, d'une balle à la tête, et entre le 25 du même mois à l'hôpital de Péra, dans le service de M. Morgue.

Une plaie à bords irréguliers, rouges, et à fond grisâtre, existe sur la ligne médiane du coronal, à cinq centimètres environ au-dessus des sourcils. On trouve assez profondément une surface osseuse inégale, mais on ne constate pas la présence d'un projectile. L'état général est très-satisfaisant. A la date du 30 septembre, on découvre au fond de la plaie une balle dont on opère l'extraction. A partir de ce moment lenteur du pouls, contraction des pupilles, céphalalgie, diminution de la motilité, taciturnité. — Emploi des dérivatifs sur le canal intestinal.

Le 6 octobre, incision cruciale sur la plaie. Tentative inutile d'extraction d'une esquille engagée entre la dure-mère et une partie du crâne.

Le 9 octobre, on remarque une hernie cérébrale de deux centimètres environ de diamètre. L'esquille, qui était adhérente, peut alors être facilement saisie et enlevée.

A partir de ce moment tout marche bien. Les lèvres de la plaie s'affaissent et se réunissent, la hernie cérébrale descend au-dessous du niveau de la peau. Le 23 novembre, la cicatrisation est complète. Lombard est dirigé sur le dépôt de Daoud-Pacha.

4. Menu, fusilier au 50e de ligne, âgé de 23 ans, blessé à la tête le 5 novembre, à l'affaire de Balaklava, entre à l'hôpital de Péra (service de M. Morgue) le 8 novembre 1854. Plaie à bords noirâtres occupant la région frontale gauche à cinquante-cinq millimètres au-dessus du sourcil. — Phénomènes de compression du cerveau. — Les recherches constatent la présence d'esquilles. — Le 23 novembre, une incision cruciale permet d'en extraire trois provenant de la table externe, et d'en faire basculer une qui appartient à la table interne, mais qui est trop considérable pour pouvoir être retirée sans une opération spéciale. Une couronne de trépan est immédiatement appliquée et permet de retirer deux esquilles très-étendues. Dès lors l'amélioration fait constamment des progrès. Dans le mois de janvier 1855, alors qu'on était sur le point de diriger le blessé sur France, un léger pertuis qui persistait à la surface de la cicatrice prit les caractères de la pourriture d'hôpital, qui régnait alors dans les salles; mais un traitement approprié mit bientôt fin à cette complication, et le blessé put enfin quitter l'hôpital le 12 février, dans un état complet de guérison.

ARONSSOHN, *médecin aide-major de 2e classe à l'armée d'Orient* (1). — Observation d'un cas d'amputation tibio-tarsienne pratiquée à l'aide du procédé Pirogoff, t. XVIII, p. 368.

ARTÈRES. — Mémoire sur la possibilité de lier l'artère occipitale près de son origine, par M. *Tharsile Valette*, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, t. IX, p. 127.

Frappé de l'assertion chirurgicale admise jusqu'alors sans contradiction, « qu'on ne peut pratiquer la ligature de l'artère occipitale que dans la portion crânienne de ce vaisseau, là où il repose sur la partie mastoïdienne de l'os temporal, » M. Valette propose un procédé opératoire qui lui semble devoir conduire le praticien, avec toute certitude, sur la portion cervicale de l'artère occipitale, et, dans le développement des avantages de cette méthode, prend pour double but de son mémoire :

1o L'exposition d'un procédé opératoire qui peut indifféremment servir à la ligature de l'artère occipitale au cou, ou à celle de la carotide externe, ou, enfin, à la ligature de la carotide interne ;

2o La détermination des cas où l'on devra renoncer à l'oblitération de ra carotide primitive, en faveur de la ligature, beaucoup moins dangeleuse, de la carotide externe.

---

(1) Maintenant médecin aide-major de 1re classe dans le service hospitalier.

PREMIÈRE PARTIE.

DE LA LIGATURE DE L'OCCIPITALE PRÈS DE SON ORIGINE.

L'auteur rappelle les motifs qui, jusqu'à ce jour, ont fait repousser l'idée d'une telle opération. Ces motifs sont :

La difficulté, lorsque l'occipitale a été ouverte au cou, d'acquérir la certitude que c'est bien ce vaisseau qui fournit l'hémorrhagie. L'opinion erronée, et cependant universellement reçue, que, dans son parcours cervical, cette artère est si profonde et si bien cachée, qu'elle reste inaccessible à l'opérateur.

M. Valette admet comme incontestable la difficulté de poser un diagnostic précis dans les cas d'hémorrhagie à la partie supérieure et latérale du cou. Il cite même à l'appui de cette opinion deux faits qui donnent lieu aux remarques suivantes : Dans l'un de ces faits, on voit le praticien commettre une erreur momentanée en croyant à la blessure de l'occipitale, erreur qui lui fait vivement sentir la nécessité de connaître des règles précises pour découvrir ce vaisseau près de son origine, dans le cas présumé de sa lésion.

Dans l'autre fait, l'absence des indications positives dont il s'agit ont des conséquences plus fâcheuses encore ; car la lésion de l'artère occipitale fut reconnue, et un chirurgien illustre crut devoir y remédier, comme cela est encore conseillé aujourd'hui, par une ligature qui entraîna la mort du blessé : celle de la carotide primitive.

L'auteur cherche à élucider la question de la recherche du siége de l'hémorrhagie dans les cas de blessure à la partie supérieure et latérale du cou, persuadé que c'est le moyen le plus certain d'amoindrir la valeur d'un des deux motifs qui ont jusqu'à ce jour empêché les chirurgiens de s'enquérir d'un procédé opératoire propre à découvrir l'artère occipitale non loin de son origine. Dans ce but, après avoir exposé les données anatomiques relatives aux vaisseaux artériels qui se trouvent réunis dans *l'espace postéro-maxillaire*, il étudie l'influence de la compression, dans les divers points où elle doit s'exercer, sur la marche de l'hémorrhagie de ces vaisseaux.

M. Valette s'occupe ensuite de l'opinion qui s'appuie sur la profondeur de l'occipitale au cou, pour nier la possibilité de pratiquer la ligature de ce vaisseau près de son origine.

Il s'est attaché à s'assurer lui-même de la profondeur de l'occipitale pendant son trajet sur la face antérieure des quatre premières apophyses transverses cervicales, et le résultat de ses recherches est que, en moyenne, cette artère n'est pas plus profondément placée que la carotide primitive dans le point où on la lie par le procédé ordinaire.

L'auteur donne avec beaucoup de soin l'anatomie chirurgicale de l'artère occipitale, indique les points de repère qui doivent fixer l'attention dans la recherche de ce vaisseau, et décrit le procédé opératoire qu'il propose pour en opérer la ligature.

Les difficultés inhérentes à cette ligature varient selon les sujets ;

elles dépendent des anomalies que présentent si souvent les veines du cou et le degré d'embonpoint du blessé ; aussi, fait observer l'auteur, ce n'est pas une opération que l'on puisse ni doive faire avec rapidité sur le vivant.

Le procédé opératoire de M. Valette découvre du même coup la carotide externe au-dessus et au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, c'est-à-dire, par conséquent, la partie de cette artère où les auteurs admettent la possibilité d'une heureuse ligature. Or, comme l'examen auquel il s'est livré pour déterminer quel est le vaisseau ouvert dans les cas d'hémorrhagie artérielle à la suite d'une blessure de l'espace postéro-maxillaire, a eu pour résultat définitif : qu'en acquérant la certitude à peu près complète que le sang provient soit de l'occipitale, soit de l'auriculaire postérieure, soit de la pharyngienne inférieure, on ne peut cependant, avant d'avoir mis à nu l'occipitale et la carotide externe, reconnaître quelle est, de ces trois artères, celle qui est ouverte.

M. Valette prescrit que toutes les fois qu'une blessure de l'espace postéro-maxillaire nécessitera la pratique de l'opération qu'il a proposée, il faudra, avant de passer le fil à ligature sous l'occipitale, s'assurer que l'aplatissement de cette artère sur la sonde cannelée suspend l'hémorrhagie: s'il n'en est rien, pareille épreuve devra être faite sur la carotide externe, et, dans le cas où cette dernière compression n'arrêterait pas l'écoulement du sang, il y aurait lieu de penser qu'on a commis une erreur de diagnostic et que le corps vulnérant a atteint la carotide interne. On devrait alors aller à la recherche de ce vaisseau et le lier.

Quand, au contraire, l'aplatissement de la carotide externe suspend l'hémorrhagie, c'est sous cette artère qu'il faut passer le fil. L'auteur explique la manière de procéder à la recherche de la carotide interne et à la ligature de ce vaisseau, ainsi qu'à celle de la carotide externe.

DEUXIÈME PARTIE.

Dans cette partie de son mémoire, M. Valette se propose de déterminer quels sont les cas où il convient de renoncer, en faveur de la carotide externe, à la préférence dont la ligature du tronc carotidien est actuellement l'objet.

L'auteur établit d'abord les conditions pour lesquelles la ligature du tronc carotidien a été jusqu'à présent pratiquée, soit comme moyen curatif, soit comme opération préparatoire à certaines extirpations.

Il expose que, comme moyen curatif, l'oblitération de la carotide primitive a été employée : 1° dans le but de remédier aux maladies artérielles de la tête ou de la partie supérieure du cou; 2° dans le but d'arrêter les hémorrhagies produites par les blessures de la tête ou de la partie supérieure du cou; 3° dans le but d'obtenir l'atrophie de diverses tumeurs siégeant dans les cavités de la tête. Plusieurs observations de chacun de ces cas sont rapportées avec détails et appuyées des considérations qui peuvent amener le praticien à préférer la ligature de la carotide externe à celle de la carotide primitive.

L'auteur ajoute que la ligature du tronc carotidien est encore recom-

mandée comme opération préparatoire à certaines extirpations que l'on est appelé à pratiquer dans les profondeurs ou à la superficie de la tête, et, à ce sujet, il détermine les circonstances où la ligature de la carotide externe doit être préférée à celle de la carotide primitive, et confirme son raisonnement par une observation concluante.

En terminant, M. Valette résume en quelques propositions les matières qui ont fait le sujet de la première partie de son travail.

Quant à la deuxième partie de son mémoire, où il s'est appliqué à spécifier dans quelles circonstances la ligature de la carotide externe, soit seule, soit combinée avec celle de la faciale ou de l'occipitale, remplacerait utilement l'oblitération du tronc carotidien, considérant que la ligature simple ou combinée, telle qu'il la propose, a pour avantage sur celle de la ligature primitive non-seulement de ne point entraver la circulation cérébrale, mais encore de prévenir plus sûrement le retour trop prompt du sang dans les parties lésées, l'auteur croit pouvoir émettre les conclusions suivantes :

1° Les anévrysmes cirsoïdes de la surface du crâne, qui donnent lieu à de fréquentes hémorrhagies, doivent être combattus par la ligature simultanée de la carotide externe et de l'occipitale du côté malade.

2° Les anévrysmes par anastomoses des parties profondes ou superficielles de la face, et ceux qui occupent la paroi inférieure de l'orbite, doivent être combattus par la ligature simultanée de la carotide externe et de la faciale du côté malade.

3° Les tumeurs anévrysmales de l'artère méningée moyenne doivent être combattues par les ligatures combinées de l'occipitale et de la carotide externe ; cette dernière étant pratiquée de façon à embrasser la pharyngienne inférieure dans le nœud constricteur.

4° Si, dans les cas précédents, une première opération ne suffisait pas pour amener l'atrophie de la tumeur, il faudrait recourir à la ligature des congénères sur le côté opposé.

5° Les tumeurs érectiles de la région temporale seront combattues par la ligature des deux carotides externes et des deux occipitales, afin d'avoir plus de garanties contre le retour du sang dans le point malade par la voie des anastomoses.

6° Les hémorrhagies rebelles, produites par la blessure de la maxillaire interne ou de ses divisions, doivent être combattues par la ligature des deux carotides externes et des deux faciales.

7° Les hémorrhagies rebelles, consécutives à une lésion du voile du palais, doivent être combattues par la ligature simultanée de la faciale, de la carotide externe et de la pharyngienne inférieure du côté blessé.

8° Tout fongus médullaire siégeant dans une cavité de la face autre que l'orbite peut être traité par la ligature de la carotide externe du côté malade, combinée, au besoin, avec celle de la carotide externe du côté opposé.

9° Les polypes des fosses nasales, dans les cas analogues à celui de l'observation huitième, doivent être combattus par la ligature simultanée de la carotide externe et de la faciale du côté affecté, et, au besoin, par celles des mêmes artères du côté sain.

10° La ligature de la carotide primitive, pratiquée encore aujourd'hui

par la majorité des chirurgiens, comme opération préliminaire à la résection dans l'article d'une moitié de la mâchoire inférieure, sera avantageusement remplacée par la ligature de la carotide externe suivant le procédé proposé dans ce mémoire.

11° Dans les cas où l'on doit procéder à l'extirpation d'une amygdale dégénérée et assez hypertrophiée pour qu'il y ait à craindre une hémorrhagie consécutive, il convient de lier simultanément la carotide externe et la faciale du côté malade, préférablement à la carotide primitive.

ARTÈRES. — Observations de coup de feu à l'épaule droite ; désarticulation du bras ; ligature de l'artère sous-clavière ; guérison; par M. *Gama*, chirurgien-major, t. XI, p. 195, et t. XIV, p. 332.

Delpech, soldat au 41e de ligne, âgé de vingt-sept ans, reçoit, presque à bout portant, le 4 juin 1843, d'un cavalier kabyle, un coup de feu dont la balle, suivant une direction oblique de bas en haut, pénètre à la partie interne de l'attache du grand pectoral à l'humérus, coupe le coraco-brachial et, selon toute probabilité, le plexus nervoso-sanguin, que ce muscle limite en dehors, et vient sortir à l'angle supérieur et externe de l'omoplate ; l'hémorragie est très-considérable et ne peut être attribuée qu'à l'artère axillaire. Une compresse graduée, soutenue par un huit de chiffre et quelques circulaires, la suspend. La diète et des boissons convenables sont prescrites. Le blessé est mis en observation.

Le 8, à six heures du matin, nouvelle hémorrhagie. La désarticulation de l'épaule, dont l'indication avait été reconnue dès le premier jour, est pratiquée selon le procédé du baron Larrey ; l'artère axillaire et plusieurs branches des circonflexes sont liées. Quelques instants après l'opération, l'armée reçoit l'ordre de se porter à quatre lieues du point qu'elle occupait.

L'amputé supporte assez bien les fatigues de la route ; mais, dans la soirée, l'hémorrhagie se déclare de nouveau ; un examen attentif fait reconnaître qu'elle provient de l'artère axillaire dont les parois, fortement contuses par le projectile, n'ont pu résister à l'impulsion de la colonne sanguine.

La ligature de la sous-clavière est pratiquée immédiatement. Le blessé, d'abord froid et sans pouls, reprend graduellement des forces. La ligature tombe au neuvième jour et, malgré cette chute si prompte, aucun accident ne survient.

Le 23 juillet, Delpech, bien guéri, est évacué sur Mascara.

ARTÈRES. — Observation d'un coup de fleuret au bord antérieur de l'aisselle droite, traversant le lobe supérieur du poumon droit, le péricarde et l'aorte près de son origine, par M. *E. Collin*, médecin-chef de l'hô-

pital militaire de Montmédy, t. XIV, p. 300.—*Voyez* AORTE.

ARTÈRES. — Observation d'un anévrysme faux consécutif de la carotide interne, par M. *J.-N. Périer*, chirurgien-chef de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, t. XIV, p. 311.—*Voy.* ANÉVRYSME.

ARTÈRES.—Observation de ligature de la carotide primitive, pratiquée par M. *Petronelli*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rome ; recueillie par M. *Vedrènes*, chirurgien sous-aide-major, t. XIV, p. 319.

Pouzergues, chasseur au 21e léger, âgé de 23 ans, incorporé le 24 juin 1848, comme remplaçant, n'avait été appelé au corps que le 21 mai 1850 et avait vu, pendant cet intervalle de temps, une petite tumeur se développer à la région maxillaire inférieure du côté droit, au milieu de l'espace qui sépare l'angle de cet os de la commissure labiale.

Cette tumeur augmentait pendant la marche, les fatigues et les efforts, s'affaissait par la pression et n'était jamais douloureuse. Le 7 décembre 1851, elle avait acquis le volume d'une petite noix, sa forme était arrondie, sa consistance molle avec rénitence. La peau qui la recouvrait était saine et sans adhérences. Pouzergues entra ce jour même à l'hôpital avec la résolution de se la faire enlever.

L'opération, faite par M. Petronelli, fit reconnaître la nature érectile de la tumeur, une hémorrhagie opiniâtre se déclara, la ligature de l'artère faciale ne put l'arrêter. La compression la réprima, mais la douleur causée par la constriction du bandage obligea de le relâcher. Quelques heures plus tard l'hémorrhagie se montrait de nouveau et ne cédait que pour un jour à l'application plusieurs fois répétée d'un cautère rougi à blanc; la ligature de la carotide primitive se présentait comme ressource dernière et inévitable; elle fut pratiquée le 11. L'hémorrhagie cessa aussitôt, mais se reproduisit à plusieurs reprises le jour même de l'opération, les 15 et 16 décembre et le 2 janvier suivant. Des pansements avec la charpie saupoudrée de poudre hémostatique ou imbibée d'eau de Pagliari en triomphèrent, la plaie fut lente à se cicatriser en raison de la dénudation d'une partie de l'os maxillaire inférieur à la chute des eschares. Un régime tonique rétablit graduellement les forces. Le 10 février, l'état général du malade s'améliore journellement et sa guérison est définitivement assurée.

ARTÈRES. — Hémorrhagies graves, suites d'un coup de feu au côté droit du cou ; ligature de la carotide primitive ; guérison par M. *Gama*, chirurgien-major de

l'ambulance active de la division d'Oran, t. XIV, p. 327.

Brocard, cavalier aux spahis d'Oran, fut atteint, le 11 novembre 1844, dans une razzia aux Schott, de deux coups de yatagan à la main droite et de deux balles à la région cervicale supérieure et latérale droite.

Les blessures de la main n'offraient aucune gravité. Des deux plaies du cou, une seule était très-sérieuse; cette plaie, située un peu en dehors et au-dessous de l'apophyse mastoïde, pénétrait jusqu'aux apophyses tranverses des 2e et 3e vertèbres cervicales. Les recherches du projectile donnèrent lieu à une hémorrhagie artérielle très-abondante qui sembla indiquer impérativement la ligature du tronc carotidien.

Cette opération fut pratiquée à 9 heures du soir; la colonne se mit en route le 12 pour Sidi-bel-Abbès, où elle arriva le 19 du même mois. Le blessé voyagea en litière et n'éprouva aucun accident, la ligature tomba le 27. On proposa alors au malade de tenter de nouveau l'extraction de la balle, mais il s'y refusa positivement.

Malgré la présence de ce corps étranger, le trajet fistuleux se forme de jour en jour, et tout annonce une prochaine cicatrisation.

ARTÈRES. — Observation d'un cas de ligature de l'artère fémorale droite, par M. *Rouis*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Aumale (Algérie), t. XIV, p. 341.

Ali-ben-Sedik, spahis arabe au 1er régiment de l'arme, âgé de 28 ans environ, reçoit presqu'à bout portant un coup de feu à la partie interne du tiers inférieur de la cuisse droite : une hémorrhagie considérable survient et, après quelques tentatives infructueuses de tamponnement avec la poudre de henné, le blessé se décide à entrer à l'hôpital le 23 août 1853.

La plaie est douloureuse, irrégulièrement circulaire, d'environ six centimètres de diamètre et située en avant de l'origine supérieure du tendon du grand adducteur; les téguments voisins sont éraillés et meurtris; le projectile n'a pas été retrouvé. Pansement simple, régime léger, recommandation de maintenir la jambe constamment étendue et immobile.

Les 26 et 30 août, à la suite de mouvements imprudents du blessé, l'hémorrhagie se renouvelle avec abondance: ces accidents dénotent évidemment une lésion de l'artère fémorale et en indiquent la ligature. Cette opération est immédiatement pratiquée. La guérison marche lentement, contrariée qu'elle est par l'état anémique du blessé et par l'invasion à plusieurs reprises de vives douleurs de l'articulation fémoro-tibiale droite.

Le 3 juillet, la cicatrisation des plaies est complète. Ali-ben-Sedik réclame une paire de béquilles pour s'exercer à la progression et rendre par ce moyen à la jambe droite sa rectitude normale.

L'auteur termine son observation par quelques remarques sur la mesure des ressources qu'on peut encore attendre des forces organiques, lorsqu'elles ont subi de profondes atteintes, et sur l'inutilité des moyens de refocillation artificielle dans le cas dont il s'agit.

ARTÈRES. — Ligature de l'artère fémorale pratiquée avec succès sur un ancien militaire âgé de 72 ans, par M. *Ollagnier*, chirurgien-major du 14e régiment d'infanterie légère, t. XIV, p. 353.

Le nommé Schoumaker, ancien militaire, âgé de 72 ans, habitant la commune de Walheim (Haut-Rhin), était atteint depuis deux ans environ d'une tumeur anévrysmale de l'artère poplitée. Cette tumeur était très-volumineuse et occasionnait depuis trois semaines environ des douleurs atroces. La constitution générale était bonne et l'articulation fémoro-tibiale correspondante était saine. Une opération était indispensable, la ligature est préférée à l'amputation et pratiquée sans accident. Au dixième jour, la tumeur avait diminué d'un tiers, la plaie ne tarda pas à être complétement réunie, le fil tomba le vingt-sixième jour, à la date du 31 juillet 1851, vingt et un mois après l'opération, la tumeur anévrysmale avait complétement disparu et le malade pouvait se livrer à ses occupations ordinaires.

ARTHRITE. — Observation d'arthrite intense, fémoro-tibiale, chronique, latente, insidieuse, offrant des symptômes nerveux particuliers ayant quelque analogie avec ceux des fièvres larvées, suite de contusion au genou gauche ; effet sédatif très-remarquable du froid dans cette maladie; par M. *Châtelain*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg, t. VIII, p. 141.

Un médecin militaire, âgé de 39 ans, d'une constitution délicate et d'un tempérament nerveux, dont les maladies antérieures avaient été des phlegmasies intestinales chroniques et une arthrite interne du genou gauche, survenue en 1836, et qui n'avait pas duré moins de sept à huit mois, se heurta, sans violence, le condyle interne du fémur gauche contre un banc de bois, en novembre 1842, à Phalsbourg.

L'ecchymose qui résulta de ce choc disparut bientôt, mais il resta une douleur locale, sourde et profonde, à laquelle, malgré l'emploi des moyens thérapeutiques habituels, se joignirent successivement de la chaleur, une sorte de crépitation, et plus tard l'amaigrissement du membre et surtout de la partie inférieure de la cuisse du côté malade. La médication externe fut très-variée : cataplasmes, fomentations, frictions de toute nature, pommades révulsives, cautères, furent tour à tour mis en usage, sans aucune utilité.

Le malade, dont la constitution s'affaiblit, malgré un régime fortifiant et l'emploi de médicaments toniques, est envoyé aux eaux de Bourbonne, le 11 mai 1843. Le premier bain est pris le 18, le premier verre d'eau le 20, et la première douche en arrosoir est administrée le 26.

Le séjour du malade à Bourbonne n'est contrarié que par de légers

phénomènes nerveux qui ont pour siége la tête, les dents et les yeux. L'arthrite s'améliore graduellement, la jambe malade recouvre des forces et ce médecin s'éloigne de Bourbonne le 11 août, après un traitement composé de quarante-cinq litres environ d'eau thermale, de soixante-deux bains et de cinquante-une douches, et après avoir quitté définitivement l'usage de la canne depuis six jours.

Les effets consécutifs des eaux confirmèrent la guérison.

L'auteur, dans le cours de cette observation, signale à plusieurs reprises les effets sédatifs du froid sur la douleur du genou, soit par la seule exposition de cette articulation à l'air, soit par l'abaissement de la température. Il termine en donnant son opinion sur la nature de l'affection articulaire dont il s'agit.

ARTHRITE. — De l'arthrite uréthro-sympathique, par M. *Marchal*, médecin principal, agrégé à la Faculté de Paris, t. XI, p. 1.

M. Marchal propose de donner le nom d'arthrite uréthro-sympathique à l'inflammation des articulations produite sous l'influence d'une affection de l'urèthre.

L'affection de l'urèthre peut consister soit en une blennorrhagie, le plus souvent produite par voie de contagion, soit en une inflammation déterminée par l'introduction d'un corps étranger dans ce canal, auquel cas l'affection uréthrale est de nature traumatique.

De là deux variétés principales de l'arthrite uréthro-sympathique, savoir :

L'arthrite uréthro-sympathique blennorrhagique ;

L'arthrite uréthro-sympathique traumatique.

Ces deux variétés sont étudiées séparément.

DE L'ARTHRITE URÉTHRO-SYMPATHIQUE BLENNORRHAGIQUE.

L'auteur commence son travail par des remarques historiques. Il signale Swediaur comme le premier médecin qui ait nettement formulé le rapport qui lie l'inflammation des articles à la phlogose muco-purulente de l'urèthre, et ajoute que les syphiliographes ne se sont pas seuls occupés de l'arthrite blennorrhagique. M. Velpeau, M. Bonnat (de Lyon) l'ont étudiée. M. Foucart en a fait le sujet d'un mémoire très-substantiel.

Viennent ensuite trois observations d'arthrite blennorrhagique suivies d'une analyse succincte qui met en relief les faits les plus dignes d'être notés.

Ces faits pathologiques servent de base à la *description générale de l'arthrite uréthro-sympathique blennorrhagique.*

Dans autant de paragraphes séparés, l'auteur étudie successivement avec le plus grand soin les articles suivants :

I. Les *Causes*, qui comprennent les *causes essentielles* auxquelles se rattachent la diathèse, le plus souvent de nature rhumatismale, et la sympathie morbide uréthro-articulaire.

Les *causes accessoires :* circonstances secondaires propres à influer sur le développement de l'arthrite blennorrhagique, savoir :

Le sexe, la constitution, le tempérament, l'âge, une première atteinte de l'affection, la saison.

Enfin, la *cause déterminante*, purement éventuelle, et qui est ordinairement un refroidissement, une marche forcée, un faux mouvement, un coup, etc.

Suivent quelques réflexions sur les modes pathogéniques distincts suivant lesquels se produisent quelques accidents corrélatifs de la blennorrhagie, tels que : l'ophthalmie, l'épididymite, l'orchite, la prostatite, la cystite et la néphrite blennorrhagiques, résultats, soit d'une action *intra-organique :* la propagation de l'inflammation, la sympathie, la solidarité qui unit les différents organes d'un même appareil; soit d'une action extra organique : la contagion.

II. Le *Siége*, question qui comporte les recherches propres à en élucider plusieurs autres, telles que :

L'arthrite blennorrhagique est-elle plus souvent mono-articulaire ou poly-articulaire?

Quelle est l'articulation le plus souvent affectée?

Quel est, dans l'articulation affectée, l'élément primitivement intéressé?

III. L'*Invasion*, partie du sujet que l'absence des détails nécessaires ne permet encore que d'ébaucher.

IV. Les *Symptômes*, divisés en *symptômes locaux :* douleur, gonflement, rougeur, chaleur, gêne ou impossibilité des mouvements, crépitation; et en *symptômes généraux* qui, dans tous les cas, ne présentent que bien rarement un appareil fébrile comparable à celui du rhumatisme.

V. Le *Diagnostic*, qui prend ses éléments dans la connaissance de l'affection articulaire et dans celle de l'affection uréthrale.

VI. La *Marche*, la *Durée*, les *Terminaisons*, qui sont très-variées, et le *Pronostic*.

VII. Le *Traitement*, qui comprend les *moyens généraux :* antiphlogistiques directs, hyposthénisants, tartre stibié, azotate de potasse, sulfate de quinine, vératrine, vomitifs, purgatifs, iodure de potassium, sangsues à l'épigastre.

Et les *Moyens locaux :* sédatifs, enduits imperméables, position, vésicants, rubéfiants, liniments, pommades diverses, compression, bains toniques, excitants, eaux thermales, traitement de la blennorrhagie, rappel du flux blennorrhagique.

DE L'ARTHRITE URÉTHRO-SYMPATHIQUE TRAUMATIQUE.

L'auteur fait remarquer que cette variété n'a jamais été décrite complètement, et qu'il n'est même pas possible encore de le faire aujourd'hui avec les documents insuffisants qu'on possède sur ce sujet.

Cette partie du travail se compose de quatre observations, que l'auteur fait suivre de réflexions particulières et de remarques générales dont voici le résumé :

D'après les faits qui sont exposés, on ne peut douter que les lésions mécaniques de l'urèthre ne soient susceptibles de réagir dynamiquement ou sympathiquement sur les articulations; mais il y a lieu de penser aussi qu'à la suite de ces lésions, une inflammation suppurative des veines peut produire la pyohémie et, par elle, deux collections purulentes intra-articulaires. Autant qu'il est possible d'en juger aujourd'hui, il semble que l'arthrite uréthro-sympathique traumatique soit plus grave, plus susceptible de se terminer par suppuration que l'arthrite uréthro-sympathique blennorrhagique.

Quant à l'arthrite uréthro-pyohémique, sa gravité extrême se confond avec celle de l'infection purulente.

ARTICULATIONS. — Observations pour servir à l'histoire des maladies des articulations, par M. *Marchal*, médecin principal, agrégé à la Faculté de Paris, t. XI, p. 84.

L'auteur s'occupe d'abord de l'*hydarthrose* ou *arthrite hypercrinique*, c'est-à-dire avec excès de sécrétion.

A ses yeux, comme aux yeux de plusieurs médecins, l'hydarthrose n'est pas une hydropisie, pas plus que l'épanchement de la pleurite ou celui de la péritonite, etc., etc.

L'hydarthrose implique toujours l'arthrite, seulement cette arthrite est sub-aiguë, quelquefois même elle est si peu accusée que l'élément inflammatoire semble faire défaut.

L'hydarthrose n'est donc pas, à proprement parler, une affection; mais un effet, une terminaison d'une affection qui est l'arthrite, et, le plus souvent, cette arthrite est du domaine de la pathologie interne, attendu qu'elle est généralement diathésique, rhumatismale dans la très-grande majorité des cas. Il y a cependant une hydarthrose traumatique, mais, dans cette variété même, il faut reconnaître une influence diathésique.

Ces données générales sont appuyées de sept orbservations d'arthrite hypercrinique, relatées avec détails et suivies de réflexions qui ont pour but d'en signaler les causes parmi lesquelles l'influence du froid humide doit compter au premier rang, et de faire remarquer au point de vue du traitement l'efficacité des vésicatoires volants et de la cautérisation avec le fer rouge.

Dans un deuxième article, l'auteur réunit des documents relatifs à l'*arthrite,* qu'il distingue en *diathésique* et en *traumatique*.

L'*arthrite diathésique* comprend les variétés étiologiques suivantes :

1° L'*arthrite rhumatismale*, qui est une affection généralement polyarticulaire, de nature évidemment inflammatoire, très-douloureuse, accompagnée de fièvre et souvent compliquée de l'inflammation des membranes séreuses *péri* et *intra* cardiaques ;

2° L'*arthrite scorbutique ;*

3° L'*arthrite psorique;*

4° L'*arthrite syphilitique*,

5o L'*arthrite scrofuleuse ;*
6o L'*arthrite exanthématique ;*
7o L'*arthrite critique;*
8o L'*arthrite métastatique.*

L'auteur rapporte une observation de chacune des quatre premières variétés de l'arthrite diathésique, en établissant les autres variétés ; il déclare avoir cherché à tracer un cadre étiologique de cette affection.

Dans un troisième article, l'auteur traite de l'*arthrite suppurée*, et cite un fait de ce genre, quant à la terminaison, mais qui, pour l'étiologie, peut appartenir à l'arthrite métastatique

Il y a peu de temps encore, fait remarquer M. Marchal, c'était une question de savoir si le rhumatisme articulaire aigu peut se terminer par suppuration. Des faits authentiques de cette nature sont désormais acquis à la science.

Dans un quatrième article, l'auteur étudie l'*arthrite traumatique*, dont les causes déterminantes sont : une distorsion, une contusion ou une plaie par instrument piquant, tranchant ou contondant. Il expose successivement, à mesure qu'il passe d'une de ces catégories d'arthrite traumatique à l'autre, une ou plusieurs observations de cas de cette nature dont l'étiologie se trouve dans des accidents qui viennent d'être énumérés. Ces observations sont suivies de réflexions qui ont pour but de constater, dans le traitement des arthrites traumatiques, par distorsion et par contusion, l'efficacité des réfrigérants et de la glace, et les fâcheux résultats des sangsues et des émollients, surtout si le malade est atteint de diathèse scrofuleuse ;

La gravité relative des arthrites traumatiques causées par des plaies par instrument piquant;

La gravité extrême et absolue des plaies des articulations par armes à feu, avec lésion des os ;

Les indications de la thérapeutique de l'infection purulente qui sont de rétablir le travail de suppuration au point de départ, par la cautérisation et par des pansements appropriés, d'éliminer le pus mêlé au sang par la médication évacuante et de soutenir les forces par la médication excitante.

Enfin, dans un cinquième et dernier article, il est question des *dégénérescences articulaires* qui sont de nature *scrofuleuse*, *tuberculeuse* ou *cancéreuse*. La dégénérescence scrofuleuse est incomparablement la plus commune. Des observations de chacune des deux premières sortes de dégénérescences articulaires servent à élucider ces points de la science.

La dégénérescence fongueuse n'a rien de commmun avec la dégénérescence cancéreuse : c'est un caractère anatomique des inflammations de la synoviale, diathésiques ou traumatiques.

L'arthrite est hypercrinique, purulente ou fongueuse, avec des variétés intermédiaires ou mixtes. L'arthrite hypcrinique est surtout rhumatismale ; l'arthrite purulente et l'arthrite fongueuse sont surtout scrofuleuses.

Nota. Il n'a pas semblé utile d'analyser les observations qui servent de base au travail de M. Marchal (de Calvi) sur l'histoire des maladies des articulations. Il a suffi d'en indiquer le but et la portée dans le résumé

de son mémoire, et de le terminer par leur nomenclature, pour faire connaître le nom de leurs auteurs.

Voici cette nomenclature :

ARTICULATIONS. — Observation d'arthrite blennorrhagique avec complication de fièvre intermittente, par M. *Blot*, chirurgien aide-major au 63e de ligne, t. XI, p. 4.—Observation d'arthrite blennorrhagique; ponction de l'articulation, excellents effets du sulfate de quinine; recueillie dans le service de M. *Baudens*, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé, *ib.*, p. 15.—Autre observation, par M. *Colonna*, chirurgien sous-aide-major, *ib.*, p. 20. — Observation d'arthrite sympathique traumatique, recueillie à l'hôpital militaire de Constantine, par M. *Reviel*, chirurgien sous-aide-major, *ib.*, p. 79. — Observation d'arthrite hypercrinique (ou hydarthrose) rhumatismale provoquée par une distorsion articulaire, *ib.*, p. 85.—Observation d'arthrite hypercrinique rhumatismale ayant débuté sous forme de douleurs rhumatiques, *ib.*, p. 88. —Observation d'arthrite hypercrinique, suite de marche forcée, *ib.*, p. 89. — Observation d'arthrite hypercrinique du genou gauche, *ib.*, p. 91.—Observation d'arthrite hypercrinique, suite d'entérite folliculeuse, recueillie à l'hôpital militaire de Lille, dans le service de M. *Murville*, chirurgien en chef, *ib.*, p. 92. — Observation d'un épanchement dans le genou droit, suite d'un coup de pied de cheval, *ib.*, p. 96.—Observation d'hydarthrose de l'articulation tibio-fémorale gauche, recueillie par M. *Contrejean*, chirurgien sous-aide-major, *ib.*, p. 102. — Observation de rhumatisme articulaire des extrémités inférieures; emploi du sulfate de quinine, recueillie dans le service de M. *Baudens*, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, *ib.*, p. 106.—Observation d'arthrite du genou gauche, recueillie à l'hôpital militaire de Philippeville, par M. *Pelvey*, *ib.*, p. 110.—Observation d'arthrite du genou droit, recueillie dans le service de M. *Malle*, chirurgien en chef à l'hôpital militaire de Dey, à Alger, *ib.*, p. 114. — Observation d'arthrite du genou droit

chez un syphilitique, *ib.*, p. 116.—Observation d'arthrite terminée par suppuration, par M. *Chales*, aide-major à l'hôpital militaire de Gigelly, *ib.*, p. 120. — Observation d'arthrite traumatique du genou gauche, compliquée d'érysipèle de la jambe, recueillie dans le service de M. *Baudens*, médecin-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, *ib.*, p. 129.— Observation d'arthrite traumatique, déchirure des ligaments externes de l'articulation du genou, par M. *Geay*, médecin aide-major au 55e de ligne, *ib.*, p. 132. — Observation d'inflammation aiguë avec tuméfaction de tout le membre thoracique gauche, surtout au niveau de l'articulation huméro-cubitale, terminée par résolution, par M. *Legendre*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Givet, *ib.*, p. 137.—Observation de plaie par instrument piquant de l'articulation phalango-phalanginienne du doigt annulaire gauche; infection purulente; mort; recueillie à l'hôpital militaire de Constantine, par M. *Dreyfus*, chirurgien sous-aide major, *ib.*, p. 141.—Observation de plaie pénétrante de l'articulation phalango-phalanginienne de l'indicateur droit, par M. *Boyer*, chirurgien aide-major, *ib.*, p. 146.—Observation de plaie pénétrante de l'articulation du genou par un instrument tranchant, par M. *Desjardins*, chirurgien aide-major au 10e léger, *ib.*, p. 149.—Observation de plaie, par arme à feu, au genou et au tiers supérieur de la jambe, recueillie à l'hôpital militaire de Sétif, par M. *Pelletier*, chirurgien sous-aide major, *ib.*, p. 154. — Observation de plaie pénétrante du genou gauche, par arme à feu, recueillie par M. *Hénot*, chirurgien en chef, premier professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, *ib.*, p. 159. — Observation de plaie péri-articulaire par arme à feu, recueillie dans le service de M. *Corbin*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Mostaganem, *ib.*, p. 166. — Observation de tumeur blanche d'un moignon de bras : deux récidives de tumeur blanche, *ib.*, p. 173. —Observation d'ostéite articulaire du genou droit (tumeur blanche); amputation de la cuisse à son tiers su-

périeur; guérison; recueillie par M. *Renard*, chirurgien aide-major, chef de service à l'hôpital de Phalsbourg, *ib.*, p. 178. — Observation de tumeur blanche coxo-fémorale et de tuberculisation vertébrale; cachexie tuberculeuse, *ib.*, p. 191.

ARTICULATIONS. — Considérations anatomiques sur l'articulation carpo-métacarpienne, par M. *Roudil*, médecin aide-major de 1re classe à l'infirmerie de l'hôtel impérial des Invalides, t. XVI, p. 395.—*Voy.* AMPUTATIONS.

ARTICULATIONS. — Mémoire sur les effets des eaux de Barèges dans le traitement des maladies des articulations, par M. *Duplan*, chirurgien principal, chef de l'hôpital militaire de Barèges, t. VI, p. 173.

M. Duplan réduit les variétés qui distinguent les maladies des articulations entre elles à deux principales : l'arthrite et la tumeur blanche; les autres variétés ne sont, à ses yeux, que des degrés inférieurs de ces deux affections, telles sont les entorses, les diastases, les luxations. L'auteur se propose d'examiner chacune de ces lésions en particulier, de laisser de côté les corps étrangers dans les articulations dont aucun cas ne s'est présenté à son examen à Barèges, et de se borner de mentionner, à titre de renseignement, l'ankylose vraie ou fausse qui n'est, à ses yeux, qu'une terminaison possible.

Ce travail est le résultat de la clinique de M. Duplan à Barèges, dans une période de huit années.

Dans un premier article, l'auteur s'occupe des *accidents consécutifs aux luxations*. Les points qu'il s'applique à établir sont : la fréquence comparative des luxations dans les membres pelvien et thoracique; dans le côté droit et le côté gauche du corps. Les conséquences simples qui dépendent du fait même de la luxation ancienne, telles que : la faiblesse, l'amaigrissement, et, quelquefois, l'atrophie du membre; la douleur excitée par les variations de température et l'exercice, la faiblesse des liens articulaires. La moyenne du séjour à l'hôpital, celle du nombre des bains et des douches; enfin la proportion des guérisons et des améliorations obtenues primitivement et consécutivement.

Deux observations de cette série sont rapportées et confirment les heureux effets qu'on peut retirer de l'emploi de la douche, dans les cas de lésion des parties extérieures aux articulations.

Dans un deuxième article, l'auteur traite des *accidents consécutifs aux entorses*, *aux diastases*. Les différences de ces deux variétés d'une lésion semblable sont effacées, pour lui, quand l'action des thermes est devenue

nécessaire à leur guérison définitive. On ne trouve plus alors, pour l'une comme pour l'autre nuance, que faiblesse, douleur de la partie, tuméfaction des tissus péri-articulaires, et parfois de ceux qui constituent l'articulation, gêne et difficulté des principaux mouvements. Il y a donc parité pour M. Duplan, entre les deux lésions, quoique les désordres plus profonds de la diastase commandent une plus grande réserve dans l'emploi de la douche du tambour.

Viennent ensuite les calculs de statistique thérapeutique pour les entorses et pour les diastases, et des observations très-explicites, appuyées de certificats, sur l'action consécutive des eaux.

Un troisième et dernier article, le plus important de tous, est consacré aux *arthrites* dont le nombre s'élève à cent soixante-quatorze. Les grandes articulations paraissent les plus exposées, et elles le sont d'autant plus que leurs fonctions sont plus actives, tandis que les petites sont plus garanties.

M. Duplan fait remarquer que la plupart des auteurs confondeut, sous le nom d'*arthrite*, l'inflammation des articulations, sans spécifier à quel tissu affecté il fallait rapporter cette dénomination.

Il conviendrait, selon lui, de réserver la dénomination de rhumatisme pour la phlegmasie fibreuse, celle d'hydarthrose et de ses dérivés pour la séreuse, et celle d'arthrite pour l'inflammation des cartilages articulaires avec participation possible du tissu osseux.

Les causes fixent particulièrement son attention, elles sont externes ou internes ; de là le classement des arthrites en traumatiques ou chirurgicales, et en internes ou médicales.

Les causes externes sont les chutes, les contusions, les luxations, les entorses, les diastases. Les arthrites par cause externe sont les plus nombreuses.

Les causes internes peuvent se diviser en quatre ordres principaux qui sont : l'infection purulente, apparaissant dans la convalescence ou sur la fin des fièvres graves dites typhoïdes ; des varioles confluentes, avec dépôts multiples ; des pneumonies intenses, avec ou sans phlébite. L'influence de l'arthrite rhumatique, celle de la syphilis, et enfin celle d'une dermatose.

C'est en prenant ces catégories pour base, et en donnant pour chacune d'elles des observations très-méthodiques et très-complètes que M. Duplan arrive à mettre en évidence les effets des eaux de Barèges dans le traitement des arthrites, et à établir les proportions des divers résultats thérapeutiques de leur administration.

ARTIGUES, *médecin-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Besançon* (1). — Topographie médicale de Besançon, t. XIII, p. 1.

---

(1) Actuellement médecin principal de 2e classe à l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains.

ARUM ITALICUM. — Mémoire sur les relations qui existent entre l'oxygène consommé par le spadice de l'arum italicum en état de paroxysme et la chaleur qui se produit, par M. *Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 310.—*Voy.* PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

ASCITE. — Hydrothorax accompagné d'ascite et d'hydrocéphale ; observation recueillie par M. *Alezan*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Toulon, t. XVIII, p. 308.

AUBAS.—Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

AVIGNON. — Relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur le 75e de ligne, en garnison dans cette ville, du 14 août au 31 octobre 1853, par M. *Lespiau*, médecin aide-major de 2e classe au 75e de ligne, t. XIII, p. 169.—Extrait d'un rapport adressé au ministre de la guerre par M. *Bégin*, membre du Conseil de santé, à l'occcasion d'une autre épidémie qui s'était manifestée dans la garnison d'Avignon, *ib.*, p. 220.

AZOTATE D'ARGENT. — Considérations pratiques sur le traitement de l'uréthrite aiguë et chronique par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé à haute dose (méthode dite *abortive*) ; par M. *A.-M. Lamoureux*, chirurgien-major de 1re classe au 2e régiment d'artillerie, t. VIII, p. 221. — *Voy.* URÉTHRITE.

AVOINE. — *Voy.* ALIMENTS.

B

BAELEN, *médecin aide-major de* 1[re] *classe* (1).— Notice sur l'expédition de Tuggurt, t. XVII, p. 31.

BAINS. — Note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'hôpital de l'Ecole militaire de Constantinople, t. XVIII, p. 207.

BAIZEAU, *médecin-major de* 1[re] *classe à l'armée d'occupation en Italie* (2).—Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis, t. XVI, p. 347.

BANDAGE. — Observation sur une fracture de la clavicule et sur un nouveau bandage pour le traitement de cette fracture, par M. *J.-J. Duret*, chirurgien de 1[re] classe, t. II, p. 285.— *Voy*. FRACTURES DE LA CLAVICULE.

BANDELETTES. — Mémoire sur l'efficacité des applications continues de bandelettes de diachylon gommé dans le traitement des ulcères et des plaies, par M. *Bryon*, médecin aide-major au 2e régiment de chasseurs, t. XX, p. 399.

M. Bryon sait que tous les auteurs recommandent ce moyen, mais il croit que l'on n'a pas assez insisté sur la nécessité du maintien continu et très-prolongé des bandelettes et sur les avantages de la rareté des pansements.

Après un bain local et des lotions pour débarrasser la partie du pus accumulé dans la plaie et concrété sur ses bords, M. Bryon recouvre la surface ulcérée de bandelettes imbriquées qui la dépassent en haut et en bas de deux travers de doigt. De la charpie, une compresse et une bande complètent l'appareil, qui n'est changé que tous les huit jours et souvent même plus rarement.

---

(1) Actuellement médecin-major de 2e classe au 2e dragons.

(2) Actuellement médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

De plusieurs observations qu'il a recueillies autour de lui et dans son service régimentaire et qu'il rapporte avec détails, M. Bryon tire les conclusions suivantes :

1° Le traitement des ulcères par l'application permanente et prolongée de bandelettes de diachylon est très-efficace. (Il n'est pas question ici des ulcères qui reconnaissent pour cause un vice général de l'économie, tels que les ulcères syphilitiques, scrofuleux, etc.)

2° Ce traitement est aussi utile et peut être plus avantageux que les autres moyens pour la guérison des plaies en général, et surtout des plaies contuses avec perte de substance.

3° Il est préférable, au point de vue de la commodité, pour le malade et pour le chirurgien.

4° Il est plus économique.

BARBY, *ex-médecin en chef de l'hôpital militaire d'Orléansville* (1). — Notes et documents pour servir à la topographie médicale d'Orléansville, t. XII, p. 125. — Deux observations de ténia, recueillies en Algérie, t. XIII, p. 257, 258. — Autre observation de ténia, *ib.* p. 286.

BARÈGES. — Recherches sur les propriétés physiques et chimiques des eaux thermales de la vallée de Barèges, par M. *E.-A. Baudens*, médecin principal, t. V, p. 124.—Mémoire sur l'emploi des eaux naturelles de Barèges dans le traitement des maladies des os, par M. *Stanislas Duplan*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Barèges, t. V, p. 132. — Mémoire sur l'effet des eaux de Barèges dans le traitement des maladies des articulations, par *le même*. *Voy.* ARTICULATIONS, t. VI. p. 173.—Mémoire sur l'effet des eaux de Barèges dans le traitement des tumeurs blanches, par *le même*, t. VII, p. 235. — Propriété spéciale des eaux minérales naturelles de Barèges, indication des cas où elles peuvent être favorables, inutiles ou nuisibles, t. XIX, p. 396.

BARTHEZ, *médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy*. — Maladies traitées dans l'établissement

---

(1) Mort, en France, des suites du typhus qu'il avait contracté à l'armée d'Orient. Était médecin principal de 2e classe.

thermal de Vichy pendant la deuxième saison de l'année 1847, t. IV, p. 63.

BARUDEL, *médecin-major de 2e classe* (1).—Note sur le traitement du typhus observé à l'hôpital de l'École militaire de Constantinople, t. XVIII, p. 162. —Notice sur quelques maladies mixtes observées dans les hôpitaux de Constantinople, t. XIX, p. 132.

BAUDENS (Edouard-Auguste), *médecin principal* (2). — Recherches sur les propriétés physiques et chimiques des eaux thermales de la vallée de Barèges, t. V, p. 124.

BAUDENS (Lucien), *médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées* (3). — Discours prononcés le 8 août 1850, à l'inauguration du monument élevé au baron J.-B. Larrey au Val-de-Grâce, t. VI, p. 333. — Mémoire sur le traitement des plaies d'armes à feu, t. X, p. 98.—Observation d'arthrite blennorrhagique; ponction de l'articulation, excellents effets du sulfate de quinine, t. XI, p. 15. — Observation de rhumatisme articulaire des extrémités inférieures; emploi du sulfate de quinine, *ib.*, p. 106. — Observation d'arthrite traumatique du genou gauche, compliquée d'érysipèle de la jambe, *ib.*, p. 129. — Note sur un mémoire de M. Hutin, médecin en chef de l'hôtel impérial des Invalides, relatif à des recherches sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies des armes à feu, t. XIV, p. 274. —Observation de fracture des deux os de la jambe par une balle, à la partie moyenne du membre, *ibid.*, p. 275.—Mémoire sur le résection de la tête de l'humé-

---

(1) Médecin-major de 1re classe à la division d'occupation à Rome.
(2) Admis à la pension de retraite.
(3) Mort regretté du corps de santé militaire et de toute l'armée.

rus d'après un nouveau procédé opératoire, t. XV, p. 171. — Lettre sur le typhus de Crimée, t. XVIII, p. 130. — Voyez aussi une note de M. *Radat*, chirurgien-major du 8e régiment de lanciers, sur les avantages de l'appareil à fracture de jambe de M. Baudens, t. VIII, p. 133. — Discours prononcé par M. Maillot, médecin inspecteur, membre du conseil de santé, le jour des obsèques de M. Baudens, t. XXI, p. 449. — Discours de M. Scrive, médecin inspecteur, membre du conseil de santé, *ib.*, p. 453.

BAZIN, *médecin-major au 7e de ligne* (1). — Etudes sur le traitement de la méningite granuleuse, t. XIX, p. 160.

BEC-DE-LIÈVRE. — Observation d'un bec-de-lièvre double très-compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivie de quelques réflexions sur l'opportunité de faire cette opération, par M. *Bonnafont*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Roule, t. XIII, p. 340.

Un enfant naît avec un bec-de-lièvre double ou bilatéral. Les deux fentes, séparées entre elles par un tubercule osseux formé par l'os incisif, se continuent en arrière jusqu'au pharynx, confondant ainsi la cavité buccale avec les fosses nasales, entre lesquelles se trouve pourtant le vomer. La difformité est extrême. Plusieurs médecins sont appelés à donner leur avis ; l'opinion de la majorité se prononce pour l'opération immédiate. Elle est pratiquée en deux temps, éloignés l'un de l'autre de vingt jours. L'auteur décrit le procédé opératoire qu'il a proposé et suivi ; ce procédé présente, au premier temps, une modification notable qui consiste à exciser un fragment triangulaire du vomer au moyen de deux incisions obliques, à réduire ensuite le tubercule et à le maintenir dans cette position. Il expose ensuite les motifs qui ont dirigé sa conduite, entre dans quelques considérations sur l'opportunité de l'opération et sur les avantages du procédé qu'il a cru devoir adopter.

BEGIN, *médecin-inspecteur, président du Conseil de santé des armées.* — Discours prononcé le 18 août 1848, sur la tombe de M. Gasc, médecin-inspecteur, membre

(1) Médecin-major de 1re classe au 72e de ligne.

du Conseil de santé des armées en retraite, t. IV, p. 341.—Discours prononcé, au nom du Conseil de santé des armées, à l'inauguration du monument élevé au baron J.-B. Larrey au Val-de-Grâce, t. VI, p. 323. — Note sur la fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Paris au commencement de 1853 (travail fait en collaboration avec M. Michel Lévy, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé), t. XII, p. 63. — Rapport au ministre de la guerre à l'occasion d'une épidémie diphthéritique survenue dans la garnison d'Avignon, en 1851, t. XIII, p. 220.

BELLE-ILE-EN-MER. — Sa topographie médicale, par M. *Cabrol*, médecin ordinaire de 2e classe, t. VI, p. 51.

BERGENIA. — Considérations sur les genres saxifraga et bergenia ; principe immédiat nouveau, le bergenin ; application des bergenia ; expériences sur leur culture, par M. *Garreau*, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, t. VI, p, 313.

Le genre bergenia a été séparé des saxifrages vraies par suite de l'existence de certains caractères botaniques considérés toutefois comme insuffisants par quelques auteurs ; mais il est remarquable que l'on trouve, dans les deux *seules* espèces appartenant à ce genre, un produit immédiat qui ne se rencontre dans aucune saxifragée.— C'est le bergenin, qui peut former, avec les bases, des composés analogues aux sels. — Toutes les saxifragées contiennent en outre une grande proportion de tannin.

C'est le *Bergenia sibirica* (Moench) qui a servi à ces recherches. Lorsqu'on broie les feuilles, le suc filtré laisse déposer à 80 degrés une combinaison de tannin et d'albumine. Si on évapore le liquide à consistance d'extrait, l'alcool à 85 degrés n'en dissout qu'une portion et une évaporation lente laisse déposer des cristaux prismatiques mélangés d'acide gallique. On les purifie par l'emploi successif d'acide sulfurique étendu et d'alcool à 85 degrés.

La souche de la même plante est pesante, d'une saveur amère très-prononcée et d'une astringence extrême. Si on traite sa poudre desséchée par l'alcool à 85 degrés bouillant, on obtient un extrait qui, repris par l'eau distillée froide et évaporé de nouveau, donne des cristaux semblables à ceux de la matière qui existe dans les feuilles en combinaison avec la potasse. On la purifie par l'alcool bouillant et l'addition d'une petite quantité d'acétate de plomb qui précipite des matières étrangères.

Cette matière analysée semble devoir être représentée par la formule $C^{13} H^9 O^{11}$.

Elle ne paraît pas nuisible, à la dose de 0,05, aux animaux. M. Garreau, qui en a lui-même absorbé cette quantité, a éprouvé des nausées, de la lassitude, une diminution de précision dans les mouvements, etc ; ce qui semble indiquer que l'action de ce corps se porterait spécialement sur les centres nerveux.

Le bergenia contient une si grande quantité de tannin, que la culture en serait peut-être avantageuse à ce point de vue.

BERGENIN. — Nouvelle analyse du bergenia, par M. *Garreau*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 324.

Une erreur due à l'intercalation de chiffres appartenant à des opérations différentes en a provoqué une autre dans la formule du bergenin; sa composition doit être exprimée par la formule suivante, qui représente ce corps cristallisé $C^{22}H^{11}O^{12}$, 2 H O.

BERGERON, *médecin des hôpitaux civils de Paris, médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.* — Note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, t. XVI, p. 1. — De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse, t. XXII, p. 51.

BÉRIGNY (A. Deux-Ponts), *médecin traitant à l'hôpital militaire de Versailles.* — Observations faites avec le papier dit ozonométrique de M. Schœnbein, pendant le mois d'août 1855, t. XVI, p. 440. — Rapport sur les observations ozonométriques faites avec le papier Schœnbein autour de la caserne de Saint-Cloud, du 6 octobre au 5 novembre 1855, t. XVIII, p. 480. — Recherches et observations pratiques sur le papier ozonométrique, t. XIX, p. 372. — Gamme chromatique pour l'ozonométrie, t. XXII, p. 428. — Instruction sur la manière de se servir des papiers ozonométriques, *ib.*, p. 437.

BERNIER, *médecin aide-major à l'hôpital de Sarreguemines* (1). — Observation de pneumonie typhoïde ter-

(1) Médecin-major de 1re classe au 5e de ligne.

minée par la mort, t. XV, p. 163. — Observation de tuberculisation des ganglions bronchiques, suivie de mort, t. XVIII, p. 301. — De la morve et du farcin communiqués par infection médiate ou immédiate du cheval à l'homme de guerre, et des moyens pratiques propres à en diminuer la fréquence dans l'armée, t. XIX, p. 1.

BERTHERAND (A.), *chirurgien-major de* 1[re] *classe à l'hôpital militaire de Strasbourg* (1). — Coup de feu de l'orbite, portion de balle demeurée enclavée dans l'ethmoïde; considérations générales sur les blessures de l'œil et les projectiles engagés dans les cavités environnantes; faits divers et réflexions, t. VII, p. 317. — Observations et réflexions sur quelques affections chirurgicales (kystes, affection scorbutique aiguë, cystite chronique, résection de la mâchoire supérieure droite), t. VIII, p. 163. — Observation d'entéro-péritonite tuberculeuse avec perforation intestinale et formation d'un réservoir stercoral sous la paroi de l'abdomen, et fistule ombilicale ; détails nécroscopiques, réflexions, t. XII, p. 222. — Mémoire sur la luxation simultanée des trois os cunéiformes sur le scaphoïde, t. XV, p. 331.

BERTRAND, *chirurgien principal, en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer*. — Fracture de l'acromion, formation et extraction de séquestres ; observation recueillie dans son service, t. II, p. 289.

BERTRAND, *chirurgien-major du* 1[er] *régiment d'infanterie de ligne* (2). — Note sur un cas d'empoisonnement par l'œnanthe crocata, t. V, p. 116.

BESANÇON. — Topographie médicale de Besançon, par M. *Artigues*, médecin-major de 1[re] classe à l'hôpital militaire de cette ville, t. XIII, p. 1. — Topographie

---

(1) Médecin principal de 1[re] classe à l'hôpital du Dey, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

(2) Médecin-major de 1[re] classe au 4[e] escadron du train des équipages.

physique et médicale de Besançon et de ses environs, par M. *Forgemol*, chirurgien-major de 1re classe, *ib.*, p. 50. — Note sur le goître aigu de Besançon, par M. *Gérard*, médecin aide-major de 1re classe, *ib.*, p. 152.

BESNARD, *médecin aide-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Constantine* (1). — Notice sur l'épidémie de choléra qui a régné à Constantine pendant les mois d'août, septembre et octobre 1854, t. XVI, p. 217.

BEYLOT, *médecin aide-major de* 1re *classe* (2). — Rapport sur l'établissement thermal près Viterbe et sur les résultats obtenus pendant la saison des eaux de 1850, t. X, p. 1. — Notice topographique et médicale sur Biskara, t. XI, p. 210. — Note complémentaire sur l'ophthalmie de Biskara, *ib.*, p. 236.

BIDEL (3). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

BILLOT, *médecin aide-major à l'hôpital militaire de Marseille* (4). — Notice sur l'épidémie de typhus observée à l'hôpital militaire du Frioul pendant les mois de février et mars 1856, t. XVIII, p. 136.

BISCUIT. — Rapport sur l'emploi du biscuit, par M. *Scoutetten*, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Metz, t. XVIII, p. 401.

L'auteur rappelle l'histoire de la fabrication du biscuit, et indique la composition et les caractères que doit avoir actuellement ce produit, selon l'instruction ministérielle du 2 mai 1854. Il expose ensuite ses effets alimentaires, et se demande si c'est aux qualités de l'aliment ou à la manière d'en faire usage qu'il faut les attribuer.

Pour répondre à ces questions, l'auteur se livre à des expériences qui

---

(1) Médecin-major de 1re classe au 71e de ligne.
(2) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Lyon.
(3) A quitté le service.
(4) N'est plus au service.

consistent à faire tremper une certaine quantité de biscuit dans une quantité déterminée d'eau froide, d'eau à la température de 50° centigrades, de bouillon chaud, de vin, de lait et de café chauds, liquides que le biscuit absorbe avec une grande rapidité et en notable proportion.

Il résulte de ces expériences que le danger de l'usage prolongé du biscuit tient à son avidité pour les liquides. L'auteur indique les précautions à prendre pour éviter ce danger et pour rendre cet aliment plus sapide et plus facile à digérer.

BISKARA.—Notice topographique et médicale sur Biskara, par M. *Beylot*, médecin principal de 1re classe, t. XI, p. 210.—Note sur l'ophthalmie de Biskara, par *le même*, *ib.*, p. 236. — Note de M. *Tripier*, pharmacien principal, sur la composition chimique de l'eau économique de Biskara, puisée à l'entrée de l'oasis, *ib.*, p. 257. — *Voy.* aussi BOUTON DE BISKARA.

BLANVILLAIN, *médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rennes* (1). — Varice volumineuse de la saphène interne du membre abdominal gauche, guérie par l'électro-puncture. t. XII, p. 332. — Le typhus en Crimée, t. XIX, p. 151.

BLÉ. — *Voy.* ALIMENTS.

BLENNORRHAGIE.—Mémoire sur l'emploi du vésicatoire le long du canal de l'urètre dans la blennorrhagie, par M. *Achille Cordier*, chirurgien aide-major de 1re classe à l'Ecole impériale spéciale militaire de Saint-Cyr, t. VIII, p. 192.

L'auteur, dans quelques considérations préliminaires, établit que, sous le rapport des causes qui la font naître, l'urétrite est simple ou spécifique, mais qu'au point de vue des qualités du pus qu'elle fournit, cette dernière peut être simple elle-même ou compliquée de chancres dans l'intérieur du canal. Les deux premières (urétrite simple et spécifique) ne sont point syphilitiques. La complication d'ulcères dans l'intérieur du canal rend compte de la persistance et de l'opiniâtreté de l'écoulement, le fait qualifier de syphilitique et donne l'explication du développement postérieur des syphilides, nommées, à juste titre, accidents secondaires de la vérole.

---

(1) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Rennes.

Dans les derniers cas, suivant M. Cordier, il faut recourir au traitement spécifique. La multiplicité des moyens mis en usage pour combattre l'écoulement dans les urétrites simples, l'inefficacité, les inconvénients de toute nature et souvent même les dangers qui résultent de l'emploi de ces moyens ont engagé l'auteur à chercher dans la thérapeutique une autre médication, et des essais souvent répétés l'ont conduit à faire choix du vésicatoire. Le jour même de l'entrée à l'hôpital, un vésicatoire de quatre centimètres de largeur est appliqué sur la portion libre du canal, depuis le gland jusqu'à la racine du scrotum. Il est pansé de manière à être entretenu pendant quinze ou vingt jours, au maximum. La guérison est ordinairement obtenue le quinzième jour. Après avoir exposé les avantages de son système, l'auteur rapporte plusieurs observations qui ont pour but de prouver que le même moyen a été employé avec succès dans le traitement de l'orchite et de l'épididymite soit traumatiques, soit syphilitiques, selon la méthode du chirurgien principal Lacauchie.

BLENNORRHAGIE. — Appréciation expérimentale de la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie urétrale chez l'homme, par M. *E. Médard*, chirurgien aide-major au 21e régiment d'infanterie légère, t. VIII, p. 229.

L'auteur ayant remarqué les résultats contradictoires du traitement de l'urétrite par les injections avec l'azotate d'argent à haute dose, selon la méthode générale de M. Debeney, a voulu lui-même vérifier ces résultats par ses propres observations.

La question toute pratique se réduisait à savoir si, comme l'indique M. Debeney, l'injection caustique fait avorter la blennorrhagie au début dans les quatre cinquièmes des cas; si elle a pour effet constant d'éteindre l'inflammation blennorrhagique, quel que soit le degré de son développement; si elle triomphe *toujours* des vieilles blennorrhées ou gouttes militaires, quand on la combine aux injections astringentes.

Des nombreux cas d'urétrite qu'il traita par les injections avec la solution d'azotate d'argent, à haute dose, de 1843 en 1846, M. Médard en rapporte cinquante qu'il divise en trois séries :

1° Ceux qui sont au début ou n'ont qu'un à cinq jours d'invasion;

2° Ceux qui sont à l'état de développement ou à l'état chronique;

3° Ceux dont l'invasion n'a pas été notée.

Les résultats obtenus sont loin de confirmer les propositions de M. Debeney et engagent M. Médard à renoncer à cette médication et à revenir aux moyens ordinaires.

BLENNO-URÉTRITE.—Mémoire sur le traitement de la blenno-urétrite, par M. le docteur *Poullain*, chirur-

gien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon, t. I, p. 203.

L'auteur admet deux sortes de blennorrhagie : l'une, spécifique, *sui generis*, qui résulte du contact de la matière blennorrhagique sur un des points de l'urètre ; l'autre, artificielle, qui se produit en irritant le canal par un moyen mécanique quelconque, ou en ingérant une grande quantité de bière. Celle-ci peut se tarir en fort peu de jours à l'aide des adoucissants, l'autre s'éternisera pour peu que l'on reste spectateur inactif de ses progrès. La première est la blennorrhagie ou blenno-urétrite, la seconde ne sera que la simple urétrite.

L'auteur est très-partisan des moyens abortifs; c'est, selon lui, dans la période aiguë de la blenno-urétrite que les injections conviennent et qu'elles doivent être pratiquées, bien rarement dans la période chronique. Elles ont pour but de dénaturer l'inflammation spécifique qui donne lieu à l'écoulement et de la rappeler à son type normal d'inflammation franche. Ce but une fois atteint, l'écoulement se tarira de lui-même ou cédera aux moyens révulsifs unis aux balsamiques.

Si un suintement persiste, il peut tenir à divers états de la muqueuse urétrale que M. Poullain énumère et qui sont : un simple état de faiblesse ou de relâchement local ; une ulcération superficielle et plus ou moins circonscrite ; l'existence d'un chancre larvé ; enfin un commencement de rétrécissement ou un rétrécissement déjà existant.

L'auteur indique le traitement à employer dans chacun de ces cas, donne avec détails deux observations de chancre larvé, et termine en exposant les modes de formation des rétrécissements et la médication qu'il convient de leur opposer.

BLOT, *chirurgien aide-major au* 63e *de ligne* (1). — Observation d'une arthrite blennorrhagique avec complication de fièvre intermittente quotidienne, t. XI, p. 4.

BOISSONS, *voy.* ALIMENTAIRE (Régime).

BOITE DE BAUDENS, *voy.* APPAREIL A FRACTURE.

BONE. —Analyse chimique des eaux de cette ville, par MM. *Demortain*, pharmacien-major, et *Laprévotte*, pharmacien aide-major aux ambulances de l'Algérie, t. IV, p. 227. —Extrait du rapport de l'hôpital militaire de cette ville pour le 1er trimestre 1851, par M. Morgen, chirurgien en chef, t. XVII, p. 168.

(1) A quitté le service.

BONNAFONT, *médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Roule* (1). — Emploi du séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons, t. XIII, p. 337.—Observation d'un bec-de-lièvre double très-compliqué, opéré avec succès par un nouveau mode opératoire, suivie de quelques réflexions sur l'opportunité de cette opération, t. XIII, p. 340.—Rapport sur un cas de surdi-mutité consécutif à l'explosion d'une bombe, t. XV, p. 337.

BONNARD, *médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de Constantinople* (2). — De la pourriture d'hôpital, t. XVI, p. 302. — Considérations sur les formes pulpeuse et couenneuse de la pourriture d'hôpital, t. XVII, p. 372.

BORIES, *médecin aide-major au 45e de ligne* (3). — Du recrutement, au point de vue du goître et du crétinisme, dans le département des Hautes-Alpes, t. XII, p. 275.

BOUDIN, *médecin principal attaché à l'état-major de la place de Paris* (4).—Hygiène militaire comparée et statistique médicale des armées de terre et de mer, t. III, p. 1. — Notice sur l'endémicité du ténia en Algérie, t. IV, p. 204. — Etudes sur le chauffage, la réfrigération et la ventilation des édifices publics, t. V, p. 1.—Notice nécrologique sur M. Moizin, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé en retraite, *ib.*, p. 334. — Etudes sur la thoracentèse dans ses rapports avec la médecine et la chirurgie militaires, t. VI, p. 1.—Note sur une observation d'épanchement dans la plèvre gauche, suite de perforation de l'estomac, *ib.*, p. 37.—Résumé des documents envoyés au

---

(1) Médecin principal de 1re classe à l'Ecole impériale d'état-major et à l'Etat-major général de la 1re division militaire.

(2) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

(3) Médecin-major de 2e classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

(4) Médecin principal de 1re classe, en chef de l'hôpital de Vincennes.

Conseil de santé sur la méningite cérébro-spinale épidémique, pour faire suite à celui qui a été publié dans le tome LIV, 1re série, t. IX, p. 1.

BOUFFAR, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Coléah* (1). — Notice topographique sur Coléah (Algérie), t. VI, p. 39.

BOULOGNE-SUR-MER.—Histoire médicale des camps de Boulogne, par M. J. *Périer*, médecin en chef, t. XVIII, p. 1.

BOURBON-L'ARCHAMBAULT.—Propriétés spéciales de ses eaux; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 400.

BOURBONNE-LES-BAINS. — Propriétés spéciales de ses eaux; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 396.

BOURBONNE-LES-BAINS.—Ses eaux thermo-minérales chlorurées sodiques : extrait des rapports adressés au Conseil de santé des armées pendant les années 1855, 1856 et 1857, par M. *Cabrol*, médecin principal chef de l'hôpital thermal, et M. *Tamisier*, médecin sous-aide-major, chef de clinique au même établissement, t. XXI, p. 110.

BOURLIER, *pharmacien aide-major de* 2e *classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou* (2). —Note sur un procédé simple pour doser et reconnaître la salicine contenue dans un sulfate de quinine fraudé par cette substance, t. XIX, p. 331.

BOU-THALEB.—Relation de la retraite du Bou-Thaleb; mémoire sur les cas de congélation qui eurent lieu

---

(1) Médecin-major de 1re classe, en chef de l'hôpital de Bastia.

(2) Pharmacien aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

pendant cette retraite, par M. *Shrimpton*, chirurgien aide-major, t. I, p. 154. — *Voy.* CONGÉLATIONS.

BOUTON DE BISKARA. — Note du Rédacteur du *Recueil des Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires* relative à cette affection, t. VI, p. 295.

Dans cette note, la rédaction se borne à faire observer que le bouton de Biskara est improprement appelé de ce nom, car on le remarque dans toutes les oasis des Ziban et même dans les régions sud-ouest de l'Algérie. Elle signale aussi le nom des officiers de santé qui ont recueilli et communiqué des documents sur la maladie dite *Bouton de Biskara* et sur la topographie de cette place.

BOUTON DE BISKARA.—Essai sur le bouton de Biskara, par M. *Massip,* chirurgien aide-major, t. XI, p. 239 à 257.

Biskara est située aux limites nord du désert du Sahara, sur la rive droite de l'Oued-el-Kantara, par 34° de latitude nord, à 75 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Dès les premiers temps de l'occupation, qui eut lieu en 1844, la garnison française fut atteinte du bouton dit de Biskara. Il présente une période d'incubation, une période d'éruption, une période de suppuration et une période de cicatrisation. Il est unique ou multiple, il attaque indifféremment les deux sexes, et particulièrement l'âge adulte. Une cicatrice ineffaçable remplace toujours l'ulcère. Le traitement doit être général et local, externe et interne, et varier selon les périodes, les formes, les symptômes.

BOUTON DE BISKARA. — Extrait d'une lettre de M. *Valette*, chirurgien principal à Philippeville, concernant le bouton de Biskara, t. XI, p. 253.

M. Valette a reçu, dans ses salles, cinq militaires et un civil atteints du bouton de Biskara. Pour lui, cette affection, dont il a étudié les caractères, n'est pas autre chose que le *rupia simple* et le *rupia proéminent* des dermatologistes anglais et français. Elle n'est pas rare à Philippeville, surtout chez les Maltais.

BOUTON DE BISKARA. — Extrait d'une lettre de M. *Ceccaldi*, chirurgien principal à Constantine, sur la maladie de Biskara, t. XI, p. 254.

M. Ceccaldi a fait recueillir les observations de tous les cas de bouton

de Biskara qui ont été reçus dans son service, et croit pouvoir en déduire quelques propositions relatives aux formes variées de la maladie, à son siége, à ses causes, à ses rapports avec les autres affections cutanées, aux caractères qui la distinguent de ces affections et surtout de la lèpre, avec laquelle il n'est pas permis de la confondre.

BOUTON DE BISKARA.—Note complémentaire sur le bouton de Biskara, t. XI, p. 256.

Cette note donne le chiffre des cas de bouton de Biskara qui ont été observés, dans cette place, pendant les années 1847, 1851 et 1852, dans la garnison, et pendant ces deux dernières années seulement, dans la population civile.

BOYER, *chirurgien aide-major* (1). — Observation de plaie pénétrante de l'articulation phalango-phalanginienne de l'indicateur droit, t. XI, p. 146.

BRAS.—Observation d'un cas de luxation de l'avant-bras en avant, après fracture de l'olécrane, par M. *Guerre*, médecin divisionnaire de la province d'Oran, t. XV, p. 294.—Observation d'un coup de feu à l'épaule droite, désarticulation du bras, par M. *Gama*, chirurgien-major, t. XI, p. 195, et t. XIX, p. 332.

BRÉANT, *médecin-major du* 12e *régiment de chasseurs* (2). — Observation de farcin chronique compliqué de morve aiguë, t. XVIII, p. 279.

BRIANÇON. — Rapport sur le goître accidentel de la garnison de cette ville, par M. *J.-M.-E. Collin*, médecin en chef de l'hôpital militaire de cette ville, t. XII, p. 261.

BRONCHES.—De la tuberculisation ganglio-bronchique, par M. *Marchal de Calvi*, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce, t. V, p. 246. — Observation de tuberculisation des ganglions bronchiques, suivie de mort, recueillie par M. *Bernier*, chirurgien aide-major,

---

(1) N'est plus au service.
(2) Médecin-major de 1re classe au 1er régiment du génie.

chef du service chirurgical à l'hôpital militaire de Sarreguemines, t. XVIII, p. 301. — *Voy.* TUBERCULISATION.

BRONCHOTOMIE. — Observation d'angine laryngée œdémateuse ayant nécessité l'opération de la bronchotomie, par M. *Marmy*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de perfectionnement, t. IV, p. 265. — *Voy.* ANGINE.

BROUSSAIS (CASIMIR), *médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou* (1). — Note sur la rougeole qui a régné dans le 45e régiment, caserné à Courbevoie près Paris, en 1846, t. II, p. 175. — Note sur la constitution médicale de l'été de 1846, d'après les maladies observées à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, *ib.*, p. 210.—Discours prononcés, le jour des obsèques de M. Casimir Broussais, par MM. *Alquié*, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital militaire de perfectionnement, et *Marchal de Calvi*, chirurgien-major, professeur d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, t. III, p. 364 et 371.

BRUXELLES (Congrès ophthalmologique de).—Rapport adressé à Son Excellence le ministre de la guerre sur les faits recueillis au Congrès ophthalmologique de Bruxelles sur l'ophthalmie militaire, par MM. *Laveran* et *Lustreman*, médecins principaux de 1re classe, professeurs à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XX, p. 1.

BRYON, *médecin aide-major au 2e régiment de chasseurs* (2). — Mémoire sur l'efficacité des applications continuées de bandelettes de diachylon gommé dans le traitement des ulcères et des plaies, t. XX, p. 399.

---

(1) Était médecin principal à l'époque de sa mort.
(2) Médecin aide-major de 1re classe au même régiment.

BUARD, *chirurgien aide-major au 3e régiment d'artillerie* (1). — Note sur un cas de hernie étranglée terminée par gangrène et suivie de guérison, t. 1, p. 317.

BUBONS. — *Voy.* ADÉNITES.

BUPRESTIDES. — Essai sur les métamorphoses du trachys pygmæa, insecte de la famille des buprestides, par M. *Leprieur*, pharmacien aide-major de 1re classe en chef à l'hôpital militaire de Bone; mémoire lu à l'Académie des sciences, t. XIX, p. 317.

Les buprestides connus jusqu'à ce jour vivent à l'état de larve dans l'intérieur de végétaux ligneux, qu'ils sillonnent de longues galeries tortueuses, et ont généralement besoin pour atteindre leur entier développement d'un laps de plusieurs années.

La larve du trachys pygmæa a des habitudes bien différentes, tout en recourant à la même nourriture (la cellulose). — C'est dans l'intérieur des feuilles de diverses malvacées, dont elle dévore le parenchyme, qu'on la rencontre, et elle accomplit toutes ses métamorphoses dans un espace de vingt-cinq à trente jours.

N'étant pas obligée de broyer une nourriture très-résistante, elle ne présente plus cette forme remarquable des larves de la plupart des buprestides, dont la tête et le premier anneau sont très-développés et beaucoup plus larges que le reste du corps.

La larve est plus large en avant qu'en arrière et diminue insensiblement de diamètre ; — sa couleur est d'un blanc de lait très-légèrement azuré, et elle porte sur chacun de ses anneaux des taches noires de forme variée.

La nymphe est noirâtre, sans appendices aucuns.

On rencontre quelquefois, dans le décollement sous-épidermique habité par les larves, de petites nymphes de chalcidites qui en sont les parasites.

BURDIAT (2). — Observation de fracture rétro-coracoïdienne de la clavicule ; guérison sans difformité, t. II, p. 272.

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Admis à la retraite.

C

CABASSE, *médecin aide-major de* 1re *classe à l'École impériale spéciale de Saint-Cyr* (1). — Observation d'abcès multiples; affection farcino-morveuse, t. XVIII, p. 273.

CABRÒL, *médecin ordinaire de* 2e *classe* (2).—Topographie médicale de Belle-Ile-en-Mer, t. VI, p. 51. — Extrait du rapport adressé au Conseil de santé, pendant les années 1855 et 1856, sur les eaux thermo-minérales chlorurées iodiques de Bourbonne-les-Bains, t. XXI, p. 110.

CACHEXIE PALUDÉENNE. — De la cachexie paludéenne en Algérie, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Tlemcen, t. VIII, p. 1 à 83.

La fièvre peut être le produit d'une seule cause, le miasme; la dyssenterie exige le concours de plusieurs causes pour se développer. Si la dyssenterie attaque des individus soumis à l'influence de l'intoxication miasmatique, c'est parce que de nouvelles causes climatériques, ou des infractions hygiéniques ont surgi. Le cachet caractéristique de l'impaludation ne s'observe jamais dans la dyssenterie, même chronique, lorsque les malades n'ont pas subi l'influence préalable de l'intoxication.

Les *effets de l'impaludation* diffèrent selon qu'elle a lieu avec lenteur et sans troubles sensibles dans l'organisme, ou bien quand elle est pénible. Dans le premier cas, une modification s'est opérée dans le sens d'une asthénie compatible avec l'apparence de la santé, et l'économie est moins disposée aux réactions intenses. Dans le second, ou l'on est frappé par la fièvre, ou bien l'on tombe dans un dépérissement lent et progressif, mais qui ne se traduit pas encore en manifestations pathologiques appréciables, ni en localisations viscérales permanentes. Cet état a été comparé par M. Boudin à l'intoxication primitive produite par les émanations

---

(1) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la province d'Alger.

(2) Médecin principal de 2e classe, en chef de l'hôpital thermal de Bourbonne.

saturnines. Cette phénoménisation morbide est le premier degré de la maladie paludéenne, dont les états consécutifs constituent l'affection générale dont il est question. Elle dépend d'un affaiblissement profond du système nerveux, d'une altération du sang, produisant le plus souvent des déterminations morbides locales dans les viscères, des hémorrhagies passives, des suffusions séreuses, états pathologiques ayant généralement pour cause l'intoxication paludéenne.

La *cachexie*, en Algérie, commence à paraître dans les premiers jours d'octobre. Ses caractères les plus meurtriers ont lieu en décembre et en janvier. Dans le printemps, elle a à peu près disparu. L'auteur présente le tableau général des symptômes, en passant successivement en revue tous les organes qui offrent des troubles fonctionnels, ou des altérations morbides inhérentes à la cachexie.

Parmi les complications qui ne dépendent pas de la modification profonde de l'organisme, et qui ne sont pas liées à l'existence de la cachexie, il faut ranger, par ordre de fréquence, la diarrhée et la dyssenterie, la bronchite et la pneumonie.

Quoique ces complications soient indépendantes de la nature de la cachexie, elles ont cependant, surtout la diarrhée et la dyssenterie, des rapports évidents de cause à effet avec les états morbides consécutifs aux fièvres. Ainsi, dans les engorgements du foie et de la rate, le sang, ayant de la peine à remonter vers le cœur, est forcé de séjourner dans les ramifications de la veine, porte et cause ainsi des congestions dans le gros intestin, qui sont une cause pathologique de la dyssenterie ; mais celle-ci n'est pas sous la dépendance immédiate de l'impaludation. La bronchite et la pneumonie présentent des phénomènes particuliers qui les distinguent, et qui consistent dans une inflammation moins franche. L'étude des causes fera disparaître la confusion, devenue impossible par l'observation attentive de l'origine, de la marche et de la succession des faits. La marche, essentiellement chronique, dépend : 1° de la rapidité inconstante avec laquelle les états morbides apparaissent successivement, pour entraîner la détérioration de l'organisme ; 2° des complications qui accélèrent très-souvent la perte du sujet. On ne peut délimiter avec exactitude la durée. La convalescence est fort longue, et souvent le retour à la santé n'est définitif que par le changement de climat. Les rechutes sont très-fréquentes. Les malades qui ne guérissent pas arrivent au terme fatal à la suite des progrès des états morbides, ou des états typhiques, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre typhoïde. Suivent trois observations de cet état typhoïde.

Le pronostic dépend : 1° de l'intensité des états morbides ; 2° des complications ; 3° de la cause même qui a provoqué la maladie. Les causes essentielles, primordiales, de la cachexie sont les miasmes, et les pyrexies, qui en sont les conséquences.

Après avoir présenté l'histoire générale de la cachexie, l'auteur détache, en les analysant, les individualités de ce groupe morbide, pour les envisager dans leurs rapports mutuels, en montrant leur véritable point de départ, leur distinction et leur enchaînement. En fournissant des observations comme exemples de chaque fait, il analyse successivement : 1° la couleur anormale de la peau ; 2° les engorgements de la rate et

du foie, leurs ramollissements ; 3° les hydropisies : *A* l'ascite, *B* l'anasarque, *C* l'hydropisie méningienne, que l'on confond trop souvent avec un accès pernicieux et dont l'auteur pose les règles d'un diagnostic certain ; 4° les hémorrhagies : *A* l'épistaxie, *B* l'hémoptysie, *C* les macules scorbutiques et les extravasations sanguines dans les membres, *D* les hémorrhagies passives intestinales, qu'il ne faut pas confondre avec la dyssenterie ; 5° les névroses du mouvement, état particulier sur lequel l'attention doit être particulièrement appelée, n'ayant pas été généralement décrit dans les auteurs. Tous ces états morbides sont analysés, discutés avec des aperçus nouveaux, et sont la partie principale du travail, qui éclaire divers points obscurs de la pathologie des fièvres.

La cachexie paludéenne est le résultat d'une altération du sang produite : 1° par l'introduction du miasme ; 2° par l'action des fortes chaleurs qui, à la longue, alanguissent presque toutes les fonctions de l'économie et entraînent une grande déperdition des matériaux du corps par l'augmentation des sécrétions ; 3° par les ébranlements renouvelés du système nerveux pendant les accès fébriles, qui doivent nécessairement troubler l'assimilation, la nutrition ; 4° enfin elle semble produite encore par les engorgements énormes de la rate, qui enlèvent une grande partie de la masse sanguine à l'action vivifiante de l'hématose pulmonaire.

TRAITEMENT.

Dans la cachexie paludéenne on a à combattre : 1° les accès fébriles par le sulfate de quinine, les vomitifs et les purgatifs, les toniques, une alimentation réparatrice ; 2° les lésions viscérales, engorgements de la rate, hypéremie du foie, ascite, anasarque, hydropisie méningienne œdème du poumon, par le sulfate de quinine à haute dose, qui est la base du traitement, par le nitre, la digitale, de légers purgatifs, l'emploi des excitants, des toniques, une alimentation convenable, l'air chaud et sec, etc. ; 3° l'altération du sang, en combattant la cause primitive et en reconstituant les éléments du sang, au moyen des toniques fixes, les vins chargés de principes amers, les acides minéraux, les préparations ferrugineuses, les préceptes d'une bonne hygiène, et enfin par le changement de climat. Le travail est terminé par un tableau d'observations météorologiques faites à Tlemcen pendant les années 1848, 1849 et 1850, et par un tableau des états pathologiques consécutifs aux fièvres observés de 1842 à 1850.

CAMP DE LA GIRONDE. — Statistique médicale du camp de la Gironde, par M. *Rollet*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, t. IV, p. 6.

Le terrain du camp est situé à 20 kilomètres N. O. de Bordeaux, à 2 kilomètres de Saint-Médard-en-Jolle, sur un plateau à 29 mètres au-dessus du niveau de la mer. Les troupes se mirent en route pour être réunies le 8 août 1845. L'effectif se composait de 8,479 sous-officiers et

soldats et de 402 officiers. Les admissions à l'hôpital ont été de 867 fiévreux, 95 blessés, 181 vénériens et 39 galeux. La proportion des fiévreux a varié de 6,4 jusqu'à 211,8 sur 10,000 hommes, selon les divers corps, différences que l'auteur attribue aux influences des garnisons antérieures. L'infanterie a fourni 11 malades sur 100 hommes, la cavalerie n'en a donné que 5,7 sur 100. Sur 22 décès, 8 ont eu pour cause la dyssenterie et 9 la fièvre typhoïde. Voici quelques-unes des principales conclusions de l'auteur :

1° L'infanterie a donné plus de malades que la cavalerie; 2° le campement a été beaucoup plus favorable à la santé que le cantonnement; 3° les hommes les plus jeunes ont fourni proportionnellement moins de malades que les anciens; 4° les troupes du camp ont donné plus de malades que n'en donnent ordinairement les troupes en garnison; 5° la mortalité a été inférieure à ce qu'elle est pour les corps en garnison; 6° une grande partie des fièvres intermittentes avait pour cause des influences antérieures; 7° les fièvres typhoïdes ont été plus nombreuses parmi les troupes cantonnées que parmi celles qui sont restées sous la tente.

CAMPS. — Instruction du Conseil de santé sur les mesures hygiéniques applicables aux camps destinés à recevoir les troupes revenant d'Orient, t. XVII, p. 444.

CAMPS DE BOULOGNE. — Histoire médicale des camps de Boulogne, par M. *Jules Périer,* médecin en chef, t. XVIII, p. 1.

L'auteur divise son travail en trois parties. La première est un résumé historique des faits militaires dont, aux diverses époques, le territoire de Boulogne a été le théâtre; la seconde comprend tout ce qui, en médecine administrative, a pu intéresser les camps qui ont été établis autour de cette ville; la troisième est entièrement consacrée à la pathologie.

I. Partie historique. Les côtes du nord de la France ont été le point d'où sont parties de grandes expéditions, mais l'histoire n'a conservé, de ces événements militaires, rien qui appartienne à la médecine d'armée; à peine possédons-nous quelques notions bien incomplètes sur les camps établis sur les falaises de Boulogne de 1803 à 1812.

Après avoir décrit les transformations de la côte, l'amoindrissement de plusieurs des ports du Pas-de-Calais depuis l'occupation romaine jusqu'à nos jours, l'auteur rappelle dans quelles conditions le général Bonaparte opposa les camps de Boulogne à l'Angleterre, comme une menace, après la rupture de la paix, en 1803. Les troupes, d'abord bivouaquées, travaillèrent à leur baraquement. Cet immense rassemblement comprenait 160,000 hommes; 9,673 chevaux; 16,783 marins et 365 bâtiments. — Le premier consul fit déblayer le port d'Ambleteuse,

d'où 11,387 toises cubes de terre ou de sable furent enlevées par l'armée en 21 jours; 16,292 toises cubes avaient été déjà enlevées en 60 jours, pour creuser un bassin à Boulogne. Malgré ces travaux, qui s'exécutaient sans préjudice des exercices militaires, le nombre de malades ne fut pas considérable. Les maladies dominantes furent la dyssenterie, le scorbut et les fièvres d'accès. Dès le mois d'août 1804, les camps perdirent de leur importance par le départ des troupes qui gagnèrent la frontière du Rhin; une partie de la flotte même fut désarmée.

En 1854, un décret impérial y ordonna la formation d'un camp du nord de 100,000 hommes. Les premières troupes dirigées sur le Pas-de-Calais fournirent le contingent de la Baltique; et bientot, en juin, s'ouvrirent successivement les camps d'Honvault, d'Équihem, de Wimereux et d'Ambleteuse. Les camps du nord ont compris encore dans leur effectif des troupes campées autour de Saint-Omer. Au 15 juillet, époque vers laquelle le choléra se manifestait au milieu des troupes, l'armée entière de Boulogne comptait 15,952 hommes; au fort de l'épidémie, le 1er août, ce nombre s'était élevé à 23,986; il atteignit, avant la fin d'août, le chiffre de 35,500 hommes établis sur une ligne de 18 kilomètres, parallèle à la mer et courant du nord au sud. Les camps étaient placés au sommet d'une longue suite de falaises, dont la hauteur varie entre 10 et 40 mètres, et qui sont formées de couches de sable et d'argile superposées, de façon que l'eau peut être retenue en grande quantité, dans la couche de sable la plus superficielle, par suite de l'imperméabilité des couches argileuses.

L'armée devait être baraquée, et l'établissement des baraques devait être un apprentissage pour le soldat: aussi avait-on accepté un modèle d'habitation qui s'accommode des matériaux que l'on trouve le plus ordinairement. Les baraques, destinées à douze hommes, étaient composées d'une charpente très-légère, soutenant un clayonnage pour lequel on avait fait usage de saucissons de paille passés dans de la terre grasse corroyée: cette même terre argileuse avait servi au revêtement par un enduit intérieur et extérieur des parois formées par le clayonnage. La couverture des baraques, faite en paille de froment, avait de 20 à 21 centimètres d'épaisseur. L'intérieur de chaque baraque était occupé par deux lits de camp en planches sur lesquels reposait une paillasse. Une planche à pain et des râteliers d'armes complétaient l'ameublement. Chaque soldat avait un sac de campement et une ou deux couvertures, suivant la saison. — Les baraques étaient placées sur quatre ou cinq lignes parallèles au front de bandière, en avant des cuisines et des cantines. En arrière de ces lignes se rangeaient les baraques des grands états-majors. Ces parallèles étaient coupées par des rues.

Les besoins du service de l'armée d'Orient et l'expédition de la Baltique, en employant une grande partie du personnel de santé disponible, avaient fait renoncer à la pensée de donner à l'armée du nord, des ambulances et des hôpitaux temporaires. Un marché fut passé avec l'administration de l'hospice de la ville de Boulogne, pour le traitement des malades de l'armée dans des hôpitaux dont l'administration de la guerre aurait fourni seulement le matériel. On comptait, en cas d'insuffisance du nombre des lits, sur les évacuations que devaient rendre faciles, sur les

hôpitaux nombreux de la 3e division, les voies ferrées aboutissant directement à Boulogne ou mises, par des embranchements, en communication avec cette ville.

Cependant les malades arrivant bientôt en grand nombre, et le choléra éclatant sous forme épidémique dans l'armée, pour augmenter les ressources hospitalières et pour éviter des évacuations dispendieuses, à l'occasion des maladies légères, l'administration de l'armée créa, dans la haute ville, à Boulogne, une infirmerie divisionnaire pouvant recevoir 250 malades. Les malades y étaient au régime alimentaire de l'*ordinaire*; leur régime curatif était celui des infirmeries de régiment; le matériel de couchage leur était fourni par l'administration des lits militaires. Un médecin aide-major de 2e classe, détaché d'un corps de l'armée, fut chargé de tout le service médical de cette infirmerie.

Les administrateurs de l'hospice civil montrèrent pour la formation des hôpitaux une grande ardeur, et, dans des fonctions tout honorifiques, ils déployèrent une infatigable activité; il fallut des circonstances exceptionnelles pour rendre ces efforts insuffisants. Ces circonstances, le développement rapide du choléra les fit naître.

L'apparition et l'extension du choléra épidémique rendirent en effet nécessaire, au milieu des hôpitaux de Boulogne, la présence de médecins et d'officiers d'administration militaires, qui mirent d'abord leur expérience au service de l'œuvre préparée par l'administration de l'hospice civil de Boulogne, et qui bientôt prirent complétement la direction des malades de l'hôpital du Rivage, en continuant leur surveillance à ceux de l'hospice civil.

L'Empereur vint prendre le commandement de l'armée alors que l'épidémie était encore dans toute sa force; sa première visite fut pour les hôpitaux, qu'il trouva dans les conditions d'un fonctionnement régulier; il en témoigna sa satisfaction au chef du service médical et à ses collaborateurs. A la fin de septembre 1854, la question de permanence du camp de Boulogne fut décidée affirmativement. Pour faire face aux besoins de l'hiver, le service médical disposait alors seulement de 1,030 lits, mais la ligne d'évacuation se ramifiait, comme on l'a vu, sur toute la 3e division militaire. L'infirmerie divisionnaire, qui, en réalité, était une infirmerie d'armée, fut réorganisée à cette époque, ainsi qu'il sera dit dans la partie consacrée à la médecine administrative.

Pendant le 2e semestre 1854, la moyenne de l'effectif étant de 27,900 hommes, le chiffre des entrées fut de 9,251, sur lequel on opéra 2,407 évacuations, c'est-à-dire 33,15 entrées à l'hôpital pour cent du chiffre moyen de l'effectif. Pendant le même temps, le chiffre des décès était de 498, dont 294 dus au choléra et 140 à la fièvre typhoïde.

Le maréchal Baraguey-d'Hilliers prit, en mars 1855, le commandement de l'armée. Vers cette même époque se montrèrent quelques cas disséminés de scorbut. Les deux premières divisions de l'armée quittèrent alors les camps de Boulogne et y furent remplacées par des troupes venues de Paris. Les divisions dirigées sur Paris à la place de celles-ci avaient fourni les premiers scorbutiques.

Le 21 mai, l'apparition de cas nouveaux de scorbut, dans les camps d'Equihem et d'Ambleteuse, fut l'occasion d'une enquête que le maré-

chal commandant en chef voulut diriger lui-même, et qui de plus fut ensuite confiée, par le ministre, à M. le médecin inspecteur Maillot. Sur la proposition du médecin inspecteur, la ration de viande donnée aux soldats fut portée de 250 à 300 grammes, par homme et par jour. Le médecin en chef qui avait dirigé les soins donnés aux scorbutiques fit organiser, en été, un service quotidien de bains de mer dans l'intérêt du traitement de ces malades. Les moyens de cette organisation furent fournis par M. le sous-intendant Réquier.

En septembre 1855, le choléra se montrait un instant, mais cette apparition resta bornée à quelques cas isolés. Vers cette même époque, des conférences mensuelles furent organisées par ordre du maréchal commandant en chef; à ces conférences, présidées par le médecin en chef, assistaient les médecins des divers corps de l'armée.

Pendant le premier semestre de l'année 1855, la moyenne de l'effectif des troupes étant 33,365, les entrées furent de 8,496, le chiffre des décès de 518. Pendant le deuxième semestre, la moyenne de l'effectif n'étant plus que de 23,716, le chiffre des entrées descendit à 5,463, celui des décès à 182.

L'année 1856, commencée dans d'heureuses conditions, ne cessa de donner jusqu'à la levée des camps, qui fut ordonnée vers la fin de juillet, les plus beaux résultats. Pendant son premier semestre, l'effectif moyen étant de 13,221 hommes, le chiffre des entrées y a été de 2,716, celui des décès de 58. — Juillet seul a eu pour effectif 14,187 : entrées 406, décès 3.

II. Administration médicale. — La médecine d'armée comprend : d'abord la médecine administrative, qui compose son domaine des notions que fournissent l'hygiène, la pathologie générale et les règlements militaires; ensuite la science du traitement des maladies. Les fautes ou les succès de la médecine administrative perdent ou conservent des milliers d'individus, puisque quand celle-ci compte, c'est le plus souvent par corps d'armée. La thérapeutique proprement dite s'adresse plus particulièrement aux unités qui composent les grandes réunions d'hommes : aussi sa tâche est-elle souvent infinie. Pourquoi le traitement des maladies est-il l'objet d'une spécialité plus facilement reconnue, moins souvent envahie que ne l'est celle qui a trait à la santé des armées, d'un exercice plus difficile et plus fertile en heureux résultats?

L'auteur rappelle ici dans quelles circonstances le service de santé a été appelé à intervenir pendant la durée des camps. Il énumère les moyens employés pour l'organisation des divers hôpitaux dans lesquels des sœurs eurent une part du service des malades. Il signale comme très-importante une organisation nouvelle de l'infirmerie de l'armée, où les malades, mis seulement au régime de l'*ordinaire*, par une administration heureuse des ressources de cet ordinaire aidé de légères subventions, purent avoir tout ce que le régime hospitalier peut fournir pour l'alimentation variée et fractionnée, selon la prescription des médecins. L'administration des infirmeries divisionnaires a été, surtout à Wimereux, conduite en vue des résultats déjà obtenus à Boulogne, à l'infirmerie de l'armée. L'auteur rappelle encore ce qui avait trait aux infirmeries de régiment; aux dépôts de convalescents; aux envois aux dépots des corps; aux congés de con-

valescence ou de réforme ; aux évacuations ; à l'alimentation des malades ; enfin il donne le chiffre mensuel de toutes les entrées en regard du chiffre de l'effectif de l'armée, renseignement utile pour établir des prévisions dans des circonstances identiques à celles auxquelles ces chiffres s'appliquent.

III. Pathologie. — L'auteur ouvre cette troisième partie par une esquisse synthétique des conditions hygiéniques et pathologiques dans lesquelles s'est trouvée l'armée du Nord. Les causes qui ont décidé de l'état sanitaire des camps ont résidé : soit dans l'importation, à l'époque de la réunion des troupes, ou au moment de l'arrivée de nouveaux corps ou de nouveaux détachements ; soit dans les influences particulières aux lieux que les troupes sont venues habiter ; soit encore dans les conditions de la nouvelle vie militaire de celles-ci. Enfin ces causes ont pu appartenir l'endémicité particulière à toute la grande famille militaire.

L'auteur décrit dans un ordre chronologique l'action simple ou combinée de ces modificateurs sur les camps. Le choléra y fut certainement le réultat de l'importation. Les conditions de campement pendant un hiver rigoureux amenèrent des affections catarrhales très-souvent suffocantes. La durée du séjour au camp dans un milieu très-humide, les communications, éloignées cependant, qui existèrent entre l'armée du Nord et celles d'Orient et de Crimée, par des envois successifs de détachements et par le retour de sous-officiers, firent naître le scorbut. Avec les chaleurs de l'été le scorbut disparut.

Choléra. Le choléra épidémique, d'août au 15 novembre, a causé 294 décès sur 884 cas. Si la diarrhrée a précédé souvent le choléra confirmé, plusieurs cas ont été véritablement foudroyants. Plusieurs des régiments des camps avaient depuis peu quitté Paris, où le choléra régnait épidémiquement depuis plusieurs mois.

Affections catarrhales suffocantes. Ces affections, selon l'auteur, sont des individualités pathologiques très-distinctes ; elles paraissent être particulières à l'armée. Tout ce qui s'y rapporte, dans les écrits des divers auteurs, a été recueilli dans des salles de militaires d'hôpitaux civils, ou dans les hôpitaux militaires ; elles se développent dans des conditions qui ont toujours été : la saison d'hiver, des froids rigoureux et une humidité excessive. Le catharre suffocant complique le plus souvent la rougeole épidémique ; quelquefois il est exempt de cette complication et peut s'allier encore à la pneumonie, à la broncho-pneumonie. Il est caractérisé anatomo-pathologiquement par les diverses formes de l'emphysème pulmonaire, par une teinte rouge violacée de la muqueuse bronchique recouverte d'un mucus purulent qui remplit les bronches ; par des concrétions gélatineuses ou fibrineuses qui, du cœur, s'étendent souvent très-loin dans les gros vaisseaux.

L'auteur, à l'appui de ces assertions, donne quatre observations. L'une appartient à une épidémie de Saint-Omer, en 1841 ; dans ce cas l'affection catarrhale était simple et primitive ; la mort y arrive cependant en un temps très-court. La deuxième observation a été recueillie à l'hôpital militaire de la rue de Charonne, en 1842, pendant une grave épidémie ; l'affection principale y est compliquée de rougeole. La troisième appartient à la relation d'une épidémie de Nantes. La quatrième a été prise à Boulogne, dans le service de M. P. Lacroix médecin-major.

Scorbut. — Le scorbut s'est montré à Boulogne dans les conditions suivantes : état moral excellent ; travail sans fatigue excessive ; alimentation régulière et bonne, ne produisant rien de scorbutique dans les garnisons de l'intérieur ; effets d'habillement complets et salubres ; humidité du sol et de l'atmosphère ; longueur des nuits, insuffisance de l'insolation ; action du froid. Une division d'infanterie a été atteinte par le scorbut peu de temps après avoir été soumise à ces causes, au moment où elles semblaient devenir moins défavorables.

Les premiers malades, le plus souvent robustes, présentaient aux cuisses ou aux mollets, presque toujours d'un seul côté, des ecchymoses assez larges, avec induration des muscles sous-jacents et roideur du genou ; ils avaient du reste l'apparence de la santé ; leur appétit était excellent. Plus tard, les accidents cessèrent d'être toujours locaux ; ils s'accompagnèrent de bouffissure de la face, qui prenait une teinte d'un jaune verdâtre ; chez certains malades, la peau était parsemée de petites taches ecchymotiques. Les muqueuses furent longtemps respectées ; les complications ont été peu nombreuses.

L'auteur rappelle l'opinion de ceux qui ayant observé le scorbut dans de grandes proportions n'admettent pas qu'il soit contagieux. Il trouve pour lui, que les faits particuliers à l'épidémie du camp de Boulogne sont plus facilement interprétés, si l'on admet qu'une influence septique a pu en être le point de départ, que si l'on fait du scorbut le résultat direct des agents hygiéniques auxquels l'armée a été soumise. Aussi, avec toute la réserve que commandent les opinions déjà émises par les auteurs qui ont vu de nombreuses épidémies scorbutiques, est-il disposé à établir :

Que le scorbut se produit très-probablement sous l'influence d'un agent particulier, d'une cause déterminante spécifique, dont l'effet est subordonné à l'existence de certaines conditions nécessaires que peuvent créer principalement l'état de chronicité des maladies, ou bien encore des conditions défavorables d'habitation ou d'alimentation, parmi lesquelles l'humidité, le froid, l'insuffisance ou la mauvaise qualité des aliments tiennent la première place ;

Que cette affection peut être contagieuse, dans une certaine mesure, pour les individus qui se trouvent dans les conditions qui viennent d'être assignées à son développement ; qu'en dehors de l'influence spécifique, aucune de ses causes prédisposantes ne peut la produire ;

Que chacune de ses causes prédisposantes, en raison de son degré d'importance, et en raison de la durée de son action, peut prendre le rang de cause occasionnelle, que Lind accordait seulement à l'alimentation grossière ;

Que, suivant le rôle qu'aura joué dans la production des accidents scorbutiques, à titre de prédisposante ou d'occasionnelle, telle ou telle cause, les indications du traitement seront différentes : alors, sans doute, on comprendra comment, en face de Lisbonne, les scorbutiques du *Guernesey*, cachés aux recherches des officiers de quarantaine, ont guéri dans un réduit où ils manquaient d'air et de lumière, par le seul fait d'un nouveau régime dans lequel entraient les vins généreux du Portugal ; que les malades d'un autre équipage, épuisés par un travail excessif, aient

trouvé des moyens de réparation et leur guérison dans une alimentation végétale légère, en rapport favorable avec les forces très-minimes d'estomacs affaiblis; que les malades de Boulogne, qui avaient eu à souffrir seulement des influences atmosphériques, n'aient pu trouver des moyens de guérison efficaces que dans le déplacement ou dans la transformation que l'action du soleil pendant l'été a fait subir à l'atmosphère et au sol des camps.

L'auteur pense enfin que les principales causes prédisposantes du scorbut, dans les camps de Boulogne, se sont trouvées dans la position géographique de ces camps, dans l'action combinée du froid et de l'humidité;

Que, dans tous les cas, l'observance des règles de l'hygiène est un moyen d'antagonisme que l'on peut opposer avec certitude, pour les hommes valides, à l'invasion du scorbut.

Fièvre typhoïde. — Le chiffre des fièvres typhoïdes a été dans les camps de 1,575. En comparant le nombre des cas d'invasion à la moyenne des trois effectifs en officiers, sous-officiers, caporaux et soldats, on trouve qu'il a été: pour les premiers, de 0 sur 802; pour les seconds, de 1 sur 60; pour les derniers, de 1 sur 14. La mortalité, mise en regard du nombre des cas, montre que les sous-officiers ont eu 1 décès sur 3 cas 5 dixièmes; les caporaux et soldats, 1 décès sur 2 cas 9 dixièmes. Pour ces derniers, les cas sont donc plus nombreux, tandis que leur résistance à la cause destructive est moindre.

Phthisie. — Le nombre de ces affections a été peu considérable; 41 décès ont été attribués à la bronchite tuberculeuse et à la bronchite chronique réunies. Les conditions dans lesquelles se trouvait l'armée paraissent avoir réduit le chiffre des maladies tuberculeuses.

L'auteur donne, en terminant, une statistique pathologique, en douze groupes principaux, de toutes les affections traitées pendant la durée des camps, soit dans les hôpitaux, soit à l'infirmerie de l'armée. La récapitulation générale comprend 25,968 malades et indique 1,256 décès.

Les conclusions les plus générales du rapport sont que cette étude médicale des camps de Boulogne montre une fois de plus, dit l'auteur, que l'armée puise ses moyens de résistance aux maladies endémiques et épidémiques dans les agents de l'hygiène, qui sont les moyens de prévention les plus efficaces que l'on puisse opposer à celles-ci, qu'il s'agisse de choléra, d'affections catarrhales suffocantes, de fièvre typhoïde ou de scorbut.

CAMP DE CHALONS. — Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, sur le service de santé de la garde impériale et sur l'hygiène des camps, adressé à Son Excellence le maréchal ministre de la guerre par M. le baron *Larrey*, chirurgien ordinaire de l'Empereur, inspecteur, membre de l'Académie impériale de médecine, t. XXI, p. 1.

L'auteur fait précéder la publication de son travail d'une lettre d'envoi adressée par lui, avec ce rapport, au ministre de la guerre, qui avait de-

mandé au médecin en chef d'en réunir, au camp même, les éléments : cette pensée avait reçu la haute approbation de l'Empereur. Il fait suivre sa lettre de la réponse du ministre, qui le complimente sur tous les *renseignements* qu'il a recueillis et sur les *enseignements* qu'il a fournis à ses successeurs au camp.

Le rapport lui-même s'ouvre par des *considérations préliminaires* dans lesquelles l'auteur rappelle que, l'Empereur l'ayant désigné pour l'accompagner au camp de Châlons comme son chirurgien ordinaire, le ministre voulut aussi rendre sa position militaire utile au service de santé de la garde impériale, en lui en donnant la direction. Autorisé à soumettre directement à l'Empereur les propositions qu'il croirait utiles à la salubrité de l'armée, il assistait chaque jour, avec le major général et l'aide de camp de service, au rapport de Sa Majesté.

Le médecin en chef, dans l'intérêt du service qu'il allait diriger, fit réunir dès les premiers jours tous les médecins de la garde en une conférence dans laquelle furent discutées successivement toutes les questions intéressant l'hygiène de l'armée. Des rapports périodiques sur l'état sanitaire du camp, des ambulances et de l'hôpital devaient être en quelque sorte la continuation de cette première mesure.

Le titre qui suit le précédent chapitre, *Etat sanitaire*, fixe les conditions dans lesquelles se trouvaient les troupes au moment de leur réunion dans le camp. Ces troupes formaient un effectif de 22,000 hommes représentant deux divisions d'infanterie, une division de cavalerie, douze batteries d'artillerie, deux compagnies du génie, un escadron du train des équipages, un détachement de sapeurs-pompiers, une compagnie de gendarmerie et deux brigades de même arme, enfin la plus grande partie de l'escadron des cent-gardes.

La distance de Paris au camp avait été franchie par étapes ; il en avait été de même pour plusieurs autres corps de la garde venus de garnisons plus ou moins rapprochées de la capitale. Le médecin en chef, craignant le développement d'affections intestinales et de fièvres intermittentes, proposa divers moyens d'hygiène préventive, qui furent adoptés. Du reste, une des conditions favorables à l'état sanitaire se trouvait être dans la composition même de la garde, formée de troupes d'élite ayant déjà fait campagne. A cette occasion, cependant, le médecin en chef se demande si tous ces hommes auraient la même aptitude militaire après un rengagement ; il traite, là même, cette question incidente. Il pense que, lorsque des hommes comptant déjà de nombreux services sont devenus, par ces services mêmes, moins aptes à la carrière militaire, s'il n'y a pas lieu de les admettre à des rengagements dans la garde, il conviendrait, afin de ne pas leur refuser la continuation du service, de les faire passer dans des compagnies de vétérans, dont le service est sédentaire. Cette mesure pourrait être, selon lui, appliquée à toute l'armée, d'où l'on devrait faire sortir par la réforme ou la retraite les non-valeurs.

L'état moral des troupes était en harmonie parfaite avec leur état physique. L'oisiveté était inconnue au camp, où les soldats s'inspiraient du souvenir des combats héroïques de l'ancienne armée sur le sol napoléonien de la Champagne.

Formation du camp. — Les résultats les plus favorables ont montré

combien auraient été injustes des préventions contraires à l'organisation de ce camp d'essai, combien seraient peu justifiés les reproches de la critique s'attachant à cette création.

L'emplacement du camp offrait, au point de vue de l'hygiène militaire, toutes les garanties désirables. Le sol, pauvre pour la culture, était salubre pour les hommes. L'air était pur et frais sur ces plateaux. Le périmètre du domaine militaire était de 42 kilomètres, le champ de manœuvres occupant une surface de 10,000 hectares dans les conditions les plus favorables aux manœuvres.

L'assiette du camp était placée sur deux lignes de longueur inégale, de chaque côté du Cheneu, à proximité des deux villages Mourmelon-le-Grand et Mourmelon-le-Petit. La ligne la plus longue, de 7 kilomètres environ, se développait sur la rive gauche du ruisseau; elle était formée par la cavalerie, le génie et l'infanterie; la seconde, de 2,200 mètres, était occupée par le train, les bâtiments d'administration et l'artillerie. La première de ces lignes formant le front de bandière, faisait face à l'orient et au quartier impérial, placé sur une hauteur, dominant tout l'emplacement occupé par les troupes. Si les régiments trouvaient dans cette disposition du campement des difficultés résultant de la grande distance qui séparait certains corps, ils y gagnaient beaucoup, au point de vue de l'hygiène, par l'aération suffisante.

Le médecin en chef de la garde exprime, en terminant ce paragraphe, la pensée que les travaux de formation d'un camp, comme ceux de la construction d'une caserne ou d'un hôpital, dirigés par le génie, devraient être soumis préalablement à une commission présidée par un officier général de cette arme et composée d'officiers du commandement, de l'intendance ou de l'administration et du service de santé.

Conditions des eaux et des vents. — La Suippe, la Vesle, la Noblette et le Cheneu arrosent le camp et fournissent aux troupes non-seulement de l'eau potable de bonne qualité, mais encore contribuent à l'approvisionnement du camp en végétaux, fruits, légumes, bois de chauffage et de construction. Certains de ces cours d'eau sont à une ssez grande distance du terrain de campement; les bords du Cheneu, qui en est au contraire peut-être un peu trop rapproché, étaient marécageux dans une étendue de 40 mètres à peu près. Ici donc se présenta la grave question des fièvres intermittentes; aussi le médecin en chef proposa-t-il de faire creuser le lit du ruisseau, de favoriser l'écoulement des eaux stagnantes, d'éloigner, plus qu'elles ne l'étaient, de celles-ci les tentes et baraques.

L'eau des rivières du camp est assez claire ; fraîche, inodore, agréable au goût, elle est propre à la cuisson des légumes. Les habitants en font peu d'usage comme boisson ; ils la réservent aux animaux et aux usages domestiques; ils préfèrent l'eau des puits, qu'ils trouvent ordinairement à 8 ou 10 mètres de profondeur. Cette eau est un peu blanchâtre par la présence d'une petite quantité de craie qu'elle retient en suspension; clarifiée, elle ressemble à de l'eau de roche; il suffit de la laisser reposer pendant quelques heures pour voir se précipiter au fond du vase les sels de chaux. L'expérience a montré sa complète innocuité. Des puits ont été creusés sur le sol même du campement de façon à fournir, sans déplacement, aux troupes de l'eau en abondance. Malgré les avan-

tages de cette disposition, le médecin en chef croit que l'eau des cours d'eau, clarifiée ou filtrée, est préférable à celle des puits du camp.

L'établissement d'un bivouac sur les bords de la Suippe a été l'occasion d'un précepte que le médecin en chef voudrait voir mettre constamment à exécution. Le puisage de l'eau dans les rivières devrait être toujours réglé, en tenant compte de la direction du courant, d'après trois besoins essentiels : la boisson des hommes, le breuvage des chevaux et la lessive du linge. Sans cette mesure, on aurait à redouter le développement d'épidémies souvent meurtrières.

L'heureuse disposition des rigoles autour des tentes et dans le camp, en favorisant l'écoulement des eaux, a préservé le camp des influences fâcheuses qu'auraient pu y faire naître quelques pluies d'orage. Sur la demande du médecin en chef, des feux de bivouac ont été prescrits dans tous les campements où l'eau pouvait séjourner. On pourrait appliquer le drainage au camp de Châlons comme on l'a fait à Boulogne, sans étendre au champ de manœuvres cette opération.

La condition des vents n'était pas moins favorable au camp de Châlons que celle des eaux. Des brouillards débutant vers la fin de septembre ont été souvent très-intenses le matin et le soir. La température, très-chaude, lors de la formation des camps, s'est maintenue élevée pendant la première quinzaine de septembre et a nécessité un changement d'heure des manœuvres.

Etablissement des tentes. — Les troupes de la garde, sans distinction de grade, ont été campées sous la tente. L'intervalle réglementaire de 2 mètres entre les tentes n'est pas suffisant. Cet espace doit égaler au moins le grand diamètre de la base d'une tente, afin de trouver pour chacune d'elles un nouvel emplacement, dans le cas où elles auraient besoin d'être déplacées. Les tentes des officiers généraux, établies en arrière de la ligne de campement, sont exposées aux émanations méphitiques de toute nature.

La contexture des tentes laisse quelquefois à désirer; leur tissu, à moins d'être doublé, n'est pas toujours assez fort, assez serré. Le nettoyage et l'aération des tentes importe beaucoup à leur salubrité ; la tente s'infecte comme une salle. Les tentes doivent s'ouvrir sur les ruelles ou sur les passages qui les séparent. La répartition des hommes sous la tente a besoin d'être l'objet d'une étude particulière ; elle ne saurait être abandonnée à la volonté des différents chefs de corps.

La tente ordinaire, de forme ellipsoïde à sa base, se prête assez bien aux modifications intérieures que l'on veut y introduire. Elle est cependant insuffisante pour les 16 hommes qui, réglementairement, doivent y être placés ; aussi, sur la proposition du médecin en chef, ce nombre a été réduit à 11, 12 ou 13 hommes pour l'infanterie, et à 8 ou 10 pour la cavalerie.

La tente conique résiste mieux que la tente ordinaire aux coups de vent ou aux orages, mais elle a besoin qu'un plus grand renouvellement d'air y soit possible. A un mètre de son centre, les hommes ont besoin de se baisser pour s'y mouvoir.

La tente marquise est du modèle le mieux entendu par rapport à sa destination.

La tente-abri constitue une véritable découverte pour les troupes en campagne.

L'auteur exprime le désir de voir les tentes de cavalerie débarrassées de tout le harnachement qui les encombre.

Baraques et dépendances. — Les baraques ont été réservées aux cuisines, aux cantines, aux *mess* des officiers, aux hangars pour leurs chevaux et aux divers établissements de l'administration; elles n'ont été, à cause de cela, l'occasion d'aucune remarque hygiénique importante, la question des ambulances étant réservée pour un autre chapitre.

Mode de couchage.—Le mode de couchage sous la tente laissait à désirer, parce qu'il était souvent abandonné à la fantaisie des hommes. Le sac de campement, rempli de paille, devient un coucher sain et convenable. La meilleure position que les hommes puissent prendre sous la tente est la position rayonnée, la tête étant à la circonférence de la tente, les pieds au centre. Le renouvellement de la paille de couchage avait lieu, comme le veut le règlement, tous les quinze jours. La couverture de laine qu'a chaque soldat peut suffire dans un casernement bien fermé; elle est insuffisante dans un camp permanent, sous la tente. Le hamac, recommandé avec soin comme un couchage excellent, ne saurait probablement pas être installé sous des tentes, si ce n'est sous la tente marquise.

Vêtements et accessoires. — Les vêtements de la troupe ont été modifiés, au camp, non-seulement selon les besoins du service, mais encore d'après les préceptes de l'hygiène. Certains corps de la garde se trouvaient dans une condition défavorable, les hommes n'y ayant que deux pantalons, l'un de toile, l'autre de drap. Très-souvent ce dernier ne peut être remplacé sans danger par l'autre, qui n'est plus assez chaud. La veste de toile devrait être rigoureusement exigée pour le service du camp, afin d'éviter aux soldats le danger de travailler en manches de chemise. Les hommes doivent avoir dans le milieu du jour la tête toujours couverte, pour se soustraire aux effets de l'insolation; la même précaution est utile pendant la nuit. La compression du cou par le bouton de chemise, par l'agrafe du collet, par le col d'ordonnance, est à éviter. Vingt-deux mille ceintures de flanelle ont été envoyées de Paris, à la demande du médecin en chef, et distribuées au camp. L'usage des sabots a été utilement encouragé.

Soins de propreté. — Le soldat soigne plus volontiers ses armes et son équipement que sa personne. Le cavalier, dans sa préoccupation constante pour son cheval, s'oublie trop et peut contracter des maladies transmissibles du cheval à l'homme. La privation de bains augmente ces risques. Ne serait-il pas possible d'établir au camp une large piscine, où les soldats viendraient par escouades se laver entièrement? A défaut de bains entiers, des ablutions d'eau fraîche sur toute l'étendue du corps seraient un excellent moyen d'assurer la propreté générale. Chaque homme serait pourvu d'un morceau de laine pour s'essuyer; et le soir, il pourrait s'en servir aussi pour faire sur toute la surface du corps des frictions sèches qui le débarrasseraient de la poussière, le délasseraient de la fatigue du jour et le disposeraient au repos de la nuit.

La propreté de la bouche est indispensable. Le soldat est pourvu

d'une brosse à dents; mais il néglige de s'en servir. Un moyen simple de l'obliger à en faire usage serait de l'y astreindre chaque jour, à heures fixes. Ce service réglé, analogue à celui du pansage, serait annoncé, au besoin, par le clairon ou le tambour.

Le système des latrines inodores, établi pour la première fois au camp, ne devrait pas être réservé seulement aux usages des officiers. Les latrines doivent être soumises à une surveillance rigoureuse de vidange et de propreté.

Régime alimentaire. — La nourriture des troupes a été l'objet d'une incessante sollicitude de la part des autorités militaires, administratives ou médicales. La réception et la dégustation des substances alimentaires devant offrir pour les camps les mêmes garanties que pour les hôpitaux, on pourrait les placer sous la surveillance combinée du service de santé et du service administratif.

Le pain et la viande de distribution ne laissaient rien à désirer. Les légumes, desséchés et comprimés d'après le procédé Chollet, formaient un précieux approvisionnement de campagne; au camp il a toujours été facile de se procurer ces légumes frais.

La qualité du vin de distribution importe beaucoup à la santé du soldat. On doit veiller à ce que le mélange de l'eau-de-vie à une certaine quantité d'eau, soit fait avec exactitude, afin d'éviter que l'eau-de-vie ne soit bien pure pour les soldats. Le médecin en chef obtint de faire vérifier, par un expert assermenté, les liquides fournis à la troupe par les cantines et les débits du dehors. L'usage du café, reconnu utile en campagne, a été introduit au camp; il ne devrait pas devenir un abus dans l'armée, parce que c'est à la nature du climat de déterminer son opportunité.

Installation des chevaux. — Les chevaux de cavalerie ont été parqués à l'air libre, entre les files des tentes; ils étaient entravés par les pieds de devant. Ce mode d'installation a des inconvénients qui résultent de l'odeur fétide des litières, portée dans les tentes des cavaliers, où l'air est déjà vicié par la présence, sous ces abris, des effets de hanarchement. C'est à ces conditions que le médecin en chef peut devoir attribuer la fréquence plus grande des maladies de la cavalerie, qui, inférieure de beaucoup en nombre à l'infanterie, a compté plus de malades que celle-ci. Le terrain des routes du camp, rendu plus glissant par la pluie, et celui de l'abreuvoir, qui forme un plan incliné, exposent les chevaux et les cavaliers à des chutes fréquentes.

Service des manœuvres. — Les manœuvres commandées par l'Empereur avaient lieu trois fois par semaine; l'heure en a été subordonnée à la température; leur durée était de trois heures environ. Les accidents ont été rares. Le service de santé y fonctionnait comme en temps de guerre, où les secours de l'art, au milieu de l'action, doivent se borner à une assistance prompte, intelligente, mais toujours simple dans ses moyens d'exécution.

Les sacoches d'ambulance adoptées pour les corps de la cavalerie sont l'objet de plusieurs critiques de la part du médecin en chef. Elles sont d'un transport difficile et cependant ne fournissent point au médecin ce qui lui est surtout nécessaire dans la cavalerie pour remédier aux frac-

tures, des attelles d'une longeur suffisante; M. le médecin-major Deluy a proposé, avec raison, de les remplacer par un étui en forme de porte-manteau.

Transport des malades. — Les premiers soins consistèrent à pourvoir l'ambulance et les régiments d'un nombre de brancards suffisant. A ce sujet, le médecin en chef rappelle que jadis des soldats *brancardiers* appartenaient à chaque régiment; il pense qu'il serait bon de revenir à cette institution, de faire au moins au camp des essais relatifs à cette réorganisation.

Le modèle règlementaire du caisson d'ambulance laisse beaucoup à désirer. Il est lourd, massif et d'un matériel trop compliqué pour les mouvements de la manœuvre.

Un caisson ou une prolonge devait accompagner chaque division pendant les opérations militaires. Pour faciliter le transport des blessés, le ministre avait autorisé l'essai de petits omnibus dits voitures *Arnoux*. Ces voitures ne répondent pas à ce que semble promettre leur première inspection; elles ne réalisent pas un progrès utile; elles conviennent seulement au transport des hommes légèrement malades ou convalescents; elles ne sauraient remplacer la voiture d'ambulance réglementaire perfectionnée d'après le système des *ambulances volantes*, dues à Larrey. — Les cacolets ne seraient pas inutiles au camp de Châlons.

Pendant la durée du camp, les vénériens ont été dirigés sur Paris directement; à la fermeture du camp, les fiévreux et les blessés transportables ont été évacués sur le Val-de-Grâce.

Ambulances du camp. — Les ambulances ont dû être en nombre égal aux divisions, mais l'inachèvement des bâtiments s'est opposé à l'exécution complète de cette mesure; une seule ouverte aux malades, a été transformée en ambulance centrale du camp. Pour suppléer à l'insuffisance de ces moyens, des tentes d'ambulance ont été données à chaque division, une par régiment. Ces tentes ne devraient recevoir que six ou huit malades. La visite médicale avait lieu à 7 heures, avant le rapport.

L'installation de l'ambulance générale, satisfaisante dans l'ensemble, laissait encore place à quelques observations critiques, au point de vue de la provenance et de la distribution des eaux surtout. Le service de santé a été fait dans cette ambulance conformément au règlement sur le service des hôpitaux; le personnel, d'abord fourni par les corps, y a été remplacé bientôt par un autre, détaché de l'hôpital du Gros-Caillou.

Hôpital de Châlons. — Cet hôpital, installé dans une très-belle caserne de cavalerie, a été en quelque sorte improvisé dans les meilleures conditions. Il possédait 656 lits montés, et aurait pu au besoin en contenir 840. — La pharmacie y a été organisée par les travaux du génie. Son approvisionnement important devait répondre aux besoins des trois infirmeries projetées pour le camp. — La cour de la caserne de cavalerie manquait d'ombre. Les latrines, bonnes pour une caserne, étaient insuffisantes pour un hôpital. Le médecin en chef de l'armée obtint immédiatement la construction de fosses dont l'établissement dans le voisinage des salles lui était signalé comme indispensable. — Le personnel de l'hôpital et celui de l'ambulance, détachés des hôpitaux de l'intérieur, attachés à une armée formée exclusivement par la garde et sans en faire partie, avaient une solde de beaucoup

inférieure à celle des médecins des corps dont ils traitaient les malades ; les officiers de santé qui les composaient pensaient avoir droit, dans de telles circonstances, à la solde attribuée à leur grade dans la garde. Pour faire droit à une demande qui lui paraissait légitime, l'Empereur a bien voulu, à la demande du médecin en chef, accorder aux officiers de santé de tous grades de l'ambulance et de l'hôpital une indemnité dont le chiffre a été fixé par l'administration de la guerre.

Les mouvements journaliers des malades étaient adressés de Châlons au médecin en chef par le chef du service médical de l'hôpital ; un rapport spécial sur le service de la première division des fiévreux a été adressé au médecin en chef par M. Collin, médecin-major de 1re classe. Ce compte rendu, très-bien fait, montre que jamais camp de manœuvres n'a offert moins de malades que celui de Châlons.

L'hôpital civil de Châlons contient dans ses salles militaires une centaine de lits dans de très-bonnes conditions.

Si des raisons militent en faveur du maintien de l'hôpital militaire de Châlons, d'autres peuvent conseiller sa suppression. Le médecin en chef réserve à l'appréciation du ministre la solution de cette question.

Exposé des maladies.—Le médecin en chef s'abstient de donner un tableau statistique général, qui serait incomplet et que les circonstances, du reste, ont laissé sans importance.

Les maladies du camp pourraient être rapportées à trois origines différentes : 1° maladies anciennes importées du dehors ; 2° maladies récentes développées sur place ; 3° maladies consécutives provenant du camp. Les premières ont été rares ; les secondes bénignes ; les troisièmes à peu près nulles ou ignorées. La réduction du nombre des malades dans chaque régiment a été sensible dès les premiers jours de l'arrivée des troupes, et s'est maintenue pendant tout leur séjour au camp.

Maladies médicales. — Ces maladies selon leur degré de fréquence ont été : Les affections gastro-intestinales (diarrhées, dyssenteries), les fièvres typhoïdes, les fièvres intermittentes, les phlegmasies des organes respiratoires, les affections rhumastismales, etc. Les maladies du canal digestif ont surpassé de beaucoup toutes les autres. En septembre, les diarrhées s'étaient déclarées de façon à constituer un état épidémique, les mesures hygiéniques prescrites mirent fin à ces accidents ; on a constaté à l'ambulance un seul cas de choléra sporadique, deux cholérines graves. Le chiffre des fièvres typhoïdes a été le plus élevé après celui des dyssenteries. Les fièvres intermittentes régnant dans la population civile ont épargné les troupes de la garde. Un cas de fièvre pernicieuse délirante s'est déclaré chez un officier d'état-major, au camp. Les phlegmasies des organes respiratoires ont été simples à l'hôpital et à l'ambulance.

Maladies chirurgicales.— Il importe que les maladies chirurgicales, réunies à l'ambulance dans une même salle et formant division à part, soient confiées à un officier de santé essentiellement chirurgien. Encore vaudrait-il mieux que le médecin-major, sinon principal chef, appartint par son aptitude à la chirurgie, parce qu'il saurait mieux pourvoir à toutes les éventualités du service.

Les lésions chirurgicales, par ordre de fréquence, ont été : les fu-

roncles, panaris, abcès, contusions, plaies diverses par instruments piquants, tranchants ou contondants, fractures, entorses, luxations, et blessures par armes à feu. Les cavaliers ont été fréquemment atteints de furoncles ; les fantassins de certains corps et les zonaves en ont présenté aussi des cas assez nombreux. Diverses fractures ont présenté de l'intérêt. Le médecin en chef a réduit sur le terrain une luxation de l'humérus dans l'aisselle, en profitant de l'état de commotion où était le cavalier chez qui elle s'était produite à la suite d'une chute. La réduction fut aussi facile que si l'on avait employé le chloroforme. Il réduisit encore une luxation de la cuisse, en haut et en arrière, chez un artilleur, mais plus difficilement, et après différentes manœuvres recommandées en pareil cas. Il obtint ce résultat par un moyen nouveau. Le blessé étant couché à terre sur un matelas, fut maintenu dans l'immobilité, la jambe fut étendue sur la cuisse; puis, tandis que les aides exerçaient l'extension suivant l'axe du membre, l'opérateur le saisit par les deux mains près du tronc, et se servant avec force de l'un de ses genoux, placé vers la hanche, pour refouler la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, il parvint alors heureusement à réduire la luxation. Le succès fut définitif.

D'autres faits relatifs à des brûlures, à des maladies de la vessie, à des plaies contuses, résumés dans le rapport du médecin chef échappent à une nouvelle analyse.

Mortalité. — La mortalité a été à peu près nulle, le chiffre en a été de deux décès pour l'hôpital, d'un pour le camp.

Conclusions. — Les influences extraordinaires qui ont favorisé la première année du camp de Châlons permettent d'espérer qu'elles se maintiendront à peu près telles les années suivantes, et l'épreuve une fois renouvelée avec les troupes de ligne, toutes les garanties seront acquises au camp, inauguré sous les meilleurs auspices.

L'auteur espère que l'honneur qu'il a eu d'assister chaque jour au rapport de l'Empereur aura créé un précédent avantageux à l'unité de direction nécessaire au service de santé en campagne. Le médecin principal chef du service de santé d'une armée devrait toujours assister au rapport du général en chef, et le plus ancien des médecins-majors d'une division à celui de son général de division.

L'auteur, en terminant, remercie le ministre qui a paru favorable à cette unité de direction qui lui est proposée, ainsi que le major général, qui a bien voulu prêter son appui pour faire exécuter les mesures qui en ont été la conséquence.

Le médecin en chef attribue une part des heureux résultats obtenus au camp, aux officiers de santé de la garde, de l'ambulance du camp et de l'hôpital de Châlons, qui ont rivalisé de zèle et d'assiduité.

CANCER. — Observation d'un cancer à la base du crâne, avec amaurose, recueillie à l'hôpital militaire de Bayonne dans le service de M. Pascal, médecin en chef, par M. *E. Prat*, chirurgien sous-aide-major, t. XIV, p. 225. — *Voy.* Amaurose.

CAPACITÉ DE LA POITRINE. — Recherches sur la capacité de la poitrine, par M. *Champenois*, médecin aide-major de première classe au 7e de ligne, t. XII, p. 46.

Si l'on divise en quatre séries les tailles comprises entre 1 m. 560 et 1 m. 772, on constate que les moyennes de capacité troncique augmentent avec la taille. Entre 22 et 28 ans, l'accroissement des moyennes se continue sinon d'une année à l'autre, du moins dans l'ensemble. Pour toutes les moyennes, le maximum de capacité répond à 26 ans, mais celles de 27 dépassent les moyennes des années antérieures à 26. On trouve des rapports, sinon exacts, au moins très-approximatifs, entre la hauteur sternale et le diamètre supérieur d'avant en arrière, comme entre la hauteur vertébrale et le diamètre transversal supérieur; puis entre la hauteur sternale et le diamètre antéro-postérieur aussi bien qu'entre la hauteur vertébrale et le diamètre transversal dans l'inspiration forcée.

La hauteur sternale est la moitié de la largeur inter-acromiale, ainsi que le diamètre antéro-postérieur moyen. Le diamètre oblique lombo-syphoïdien représente assez exactement le quart de la circonférence de la poitrine dans l'inspiration ordinaire.

CAPRON, *médecin-major de 2e classe* (1). — Observations d'orchite vénérienne droite datant de quinze ans; exostoses au tibia gauche datant de quatre ans; plaie fistuleuse au tibia droit avec carie du tibia; douleurs ostéocopes nocturnes. Guérison par l'iodure de potassium à haute dose, t. II, p. 240.

CAROTIDE. — Observation d'un anévrysme faux consécutif de la carotide interne, par M. *J.-N. Périer*, chirurgien en chef de l'Ecole impériale spéciale militaire de Saint-Cyr, t. XIV, p. 311. *Voy.* ANÉVRYSME. — Observation de ligature de la carotide primitive pratiquée par M. Petronelli, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rome, recueillie par M. *Vedrènes*, chirurgien sous-aide-major, t. XIV, p. 319. *Voy.* ARTÈRES.—Hémorrhagies graves suites d'un coup de feu au côté droit du cou; ligature de la carotide primitive,

(1) Médecin major de 1re classe, en chef de l'hôpital de Thionville.

guérison ; par M. *Gama*, chirurgien-major de l'ambulance active de la division d'Oran, t. XIV, p. 327. *Voy.* ARTÈRES.

CASTEX, *médecin aide-major de 2e classe* (1). — Essai topographique sur les mines métalliques de Gar-Rouban (province d'Oran, subdivision de Tlemcen), t. XVI, p. 164.

CATTELOUP, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen* (2). — Recherches sur la dyssenterie du nord de l'Afrique, t. VII, p. 1. *Voy.* DYSSENTERIE. — De la cachexie paludéenne en Algérie, t. VIII, p. 1. — De la pneumonie d'Afrique, t. XI, p. 268. — Essai d'une topographie médicale du bassin de Tlemcen, t. XII, p. 155. — Observation d'un cas d'hydrophobie, t. XVII, p. 165.

CAZALAS, *médecin-major de 1re classe* (3). — Rapport sur la constitution médicale d'Andrinople, t. XIV, p. 1. — Relation de l'épidémie cholérique dont la 1re division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha, en juillet et août 1854, t. XV, p. 130. *Voy.* CHOLÉRA. — Note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide, t. XVIII, p. 207. — *Voy.* CHOLÉRA.

CECCALDI, *chirurgien principal à Constantine* (4). — Extrait de sa lettre sur la maladie de Biskara, t. XI, p. 254. — *Voy.* BOUTON DE BISKARA.

CÉRÉBELLITE. — Note sur les symptômes de cette maladie, par M. *Pothier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIV, p. 126.

---

(1) Médecin major de 2e classe, détaché à Tanger.
(2) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Versailles.
(3) Médecin principal de 1re classe à l'État-major général de la 1re division militaire.
(4) Médecin inspecteur des armées.

CERTIFICATS. — Note sur le libellé des certificats que les officiers de santé militaires sont appelés à rédiger pour l'exécution des lois des 11 avril 1831 et 19 mai 1834, t. IV, p. 1.

CERVEAU. — Observation d'une tumeur sphérique, molle et transparente, dans l'hémisphère droit du cerveau, par M. *Gaudineau*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Marseille, t. XI, p. 258. — Abolition des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche, par M. *Rouis*, médecin-major à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XIV, p. 112. — Observation d'une tumeur développée dans le cerveau, par M. *Lallemand*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. XIV, p. 192. — Observation d'un vaste abcès dans le ventricule gauche du cerveau, recueillie par M. *Chély*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Calais, t. XVIII, p. 229. — Observation d'hémiplégie incomplète du côté gauche causée par des tubercules cérébraux, par M. *Laforêt*, médecin aide-major de 1re classe, médecin en chef à l'hôpital militaire de Longwy, *ib.*, p. 240. — Observation de ramollissement chronique de l'hémisphère cérébral droit, recueillie dans le service des fiévreux, à l'hôpital militaire de Montmédy, par M. *Devot*, chirurgien sous-aide audit hôpital, t. XVIII, p. 263.

CHASLE, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Gigelly* (1). — Observation d'arthrite terminée par suppuration, t. XI, p. 120.

CHAMPENOIS, *médecin aide-major de* 1re *classe au* 7e *régiment de ligne* (2).—Recherches sur la capacité de la poitrine, t. XII, p. 46.—De l'influence du galvanisme sur les taches de la cornée, t. XII, p. 335.

---

(1) Médecin aide-major de 1re classe aux zouaves de la garde impériale.
(2) Médecin major de 1re classe.

CHAMPOUILLON, *médecin aide-major de 2e classe* (1). — Observation de paralysie du nerf facial du côté gauche, avec hypercousie et altération du goût du côté correspondant. — *Voy.* AFFECTIONS NÉVROPATHIQUES.

CHATELAIN, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg* (2).— Observation d'arthrite interne fémoro-tibiale, chronique, latente, insidieuse, offrant des symptômes nerveux particuliers ayant quelque analogie avec ceux des fièvres larvées ; suite de contusion au genou gauche. Effet sédatif très-remarquable du froid dans cette maladie, t. VIII, p. 141. *Voy.* ARTHRITE. — Notice sur le choléra qui a régné dans la garnison de Nancy pendant le mois d'octobre 1855, t. XVIII, p. 213. — *Voy.* CHOLÉRA.

CHAUFFAGE ET VENTILATION. — Études sur le chauffage, la réfrigération et la ventilation des édifices publics, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, à Paris, t. V, p. 1.

Pendant longtemps le seul moyen de chauffage des capacités closes a consisté dans l'emploi de foyers découverts ou d'appareils fermés appelés fourneaux, poêles, calorifères. Ces appareils donnent lieu à une grande déperdition de calorique et doivent être plus ou moins multipliés. Pour transmettre la chaleur à une grande distance, on a eu recours au chauffage *à air chaud*, système qui exige le chauffage d'un très-grand volume d'air, à raison de la faible capacité de ce fluide pour le calorique. La marche de l'air chaud, d'ailleurs, facile de bas en haut, rencontre de grandes difficultés dans la direction horizontale et à plus forte raison en contre-bas. L'air chaud attaque presque tous les métaux et met les tubes promptement hors de service ; en contact avec les métaux passés au rouge, il contracte une odeur désagréable et devient insalubre par sa sécheresse. Le chauffage par la vapeur d'eau évite en partie les inconvénients du système précédent, mais il expose à des dangers d'explosion et présente beaucoup d'autres inconvénients.

Le chauffage *par circulation d'eau*, inventé en 1777 par Bonnemain et perfectionné par M. Léon Duvoir, remédie en grande partie à ces divers inconvénients et présente d'ailleurs de nombreux avantages. Description

---

(1) Médecin major de 2e classe au 1er tirailleurs algériens.
(2) Médecin principal de 1re classe à Oran.

de ce système. Le palais du Luxembourg est chauffé au moyen de 8,000 mètres de tubes, contenant 70,000 litres d'eau. Tableau de la ventilation obtenue dans divers édifices chauffés par M. Léon Duvoir. Application du système au séchage des poudres. Dépenses ; économies réalisées. — Documents théoriques. La puissance calorifique d'un combustible est représentée par le nombre d'*unités de chaleur* produite par la complète combustion de la substance. Principes de Welter. Chaleur produite par divers combustibles, à Paris. Prix de 1,000 unités de chaleur produite par la houille. — *Ventilation.* Conclusions.

CHAUX. — Note sur l'iodate de chaux et sur l'acide iodique, par *M. Roussin*, pharmacien aide-major, t. XV, p. 382.

CHÉLY, *médecin-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Calais* (1). — Observation d'un vaste abcès dans le ventricule gauche du cerveau, t. XVIII, p. 229.

CHENU, *médecin aide-major* (2). — Observation de paralysie simultanée des deux nerfs faciaux, recueillie dans le service de M. Marchal, au Val-de-Grâce. — *Voy.* Affections névropathiques.

CHIRURGIE. — Rapport sur le service de la seconde division de chirurgie, au Val-deGrâce, à la suite des événements de juin 1848, par M. *Lustreman*, médecin principal, professeur de médecine opératoire à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. X, p. 134.

Le nombre des blessés entrés pendant ou immédiatement après le combat a été de soixante-cinq.

Après avoir classé leurs blessures en deux catégories, selon qu'elles occupaient les diverses régions des membres ou qu'elles avait pour siége l'une ou l'autre des cavités splanchniques, M. Lustreman fait connaître la nature et les complications des cas graves, les opérations qui ont été pratiquées, immédiatement ou secondairement, la proportion des décès aux guérisons et les faits qui ont présenté les particularités les plus remarquables.

Ces faits sont les suivants : Un militaire, atteint de fracture avec enfoncement du frontal gauche, fut trépané et mourut d'une encéphalite.

---

(1) Admis à la retraite.

(2) Médecin principal de 2e classe, bibliothécaire à l'Ecole du Val-de-Grâce.

Un soldat du génie fut amputé de la cuisse et présenta, avant et longtemps après l'opération, une agitation extraordinaire et des emportements furieux, malgré lesquels la guérison faisait des progrès, lorsqu'un refroidissement subit, résultat de son imprudence et de son indocilité, fut suivi d'une résorption purulente, mortelle au trente-septième jour après l'amputation.

Un soldat dont l'extrémité supérieure de l'humérus gauche avait été réséquée avec succès, mais chez qui la contusion considérable de la paroi thoracique donna naissance à un énorme phlegmon diffus et à une pleurite suivie d'épanchement, succomba, et cette issue funeste sembla avoir été préparée par l'état de stupeur morale dans lequel le blessé resta plongé, et dont rien ne put le tirer un seul instant.

Un garde mobile, atteint par une balle qui avait creusé en gouttière le muscle temporal et fracturé l'os du même nom, reste d'abord pendant quelques jours dans un état comateux, puis donne des signes d'excitation cérébrale qui font croire un moment à une encéphalite et qu'un examen plus approfondi et quelques renseignements font reconnaître pour le résultat d'une altération des facultés intellectuelles.

Enfin un militaire fournit un exemple curieux de la nécessité d'examiner avec soin les blessures, sans tenir grand compte des récits même les plus vraisemblables des blessés.

L'auteur termine son travail par quelques rapides considérations sur les principales questions que soulèvent les plaies d'armes à feu. Il examine succesivement les assertions contradictoires qui ont été avancées, au sujet de la forme et des dimensions des ouvertures d'entrée et de sortie faites par les balles ; de la possibilité des hémorrhagies à la suite des coups de feu ; de l'opportunité du débridement, dont l'indication doit, selon lui, se tirer de la structure anatomique de la partie et non de la nature de l'accident ; de l'importance de l'extraction des corps étrangers ; des moyens de traitement, et particulièrement de l'emploi de la glace ; enfin des amputations immédiates ou consécutives et des essais de conservation des membres.

CHIRURGIE. — Compte-rendu du service médical de l'hôpital militaire de Milianah, depuis le deuxième trimestre 1847 jusqu'au quatrième trimestre 1849, par M. *Villamur*, chirurgien-major de 1re classe au 6e escadron du train des parcs d'artillerie, ex-chirurgien en chef de cet hôpital, t. X, p. 200.

Bien que la topographie de Milianah se trouve esquissée dans le 56e volume (1re série) du *Recueil* des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, l'auteur a cru devoir traiter le même sujet et résumer succinctement l'histoire de Milianah, avant et depuis notre occupation.

Ses remarques ont pour objet la position topographique de cette place, les éléments de sa population, son climat, l'abondance de ses eaux, les

maladies qu'on y observe; les rapports de la mortalité à l'effectif de sa population, des naissances aux décès, et de ceux-ci à l'âge des enfants pendant les années 1846 et 1847.

L'auteur décrit ensuite l'hôpital militaire et les casernes, dont la construction est récente, et aborde enfin le compte rendu de son service.

L'hôpital militaire de Milianah est un établissement mixte et reçoit, à ce titre, non-seulement les militaires, mais encore les colons et les indigènes, sans distinction d'âge ni de sexe. L'auteur expose les diverses catégories de maladies et de lésions dont le traitement a été confié à ses soins, et donne en peu de mots l'observation des faits les plus intéressants, tels que : certains cas de diathèse syphilitique, de fistule urinaire, de dégénérescence cancéreuse ; d'ophthalmie, de douleurs rhumatismales, de plaies par armes à feu, d'accidents déterminés par des éboulements de terrain, par l'explosion de la mine, ou par d'autres causes violentes; enfin d'entorses, de luxations et de fractures.

Il termine par l'état récapitulatif des maladies reçues et traitées dans son service chirurgical depuis le 2e trimestre 1847 jusqu'au 4e trimestre 1849, et dont le nombre s'est élevé à deux mille trois cent deux.

CHIRURGIE. — Observations de chirurgie, par M. *Troy*, chirurgien-major de 1re classe au 10e régiment d'artillerie, t. X, p. 282.

I. *Plaie pénétrante de la poitrine, suivie de mort deux mois après l'accident.*

Un grenadier du 2e régiment de la légion étrangère, à Bougie, est frappé par un de ses camarades d'un coup de couteau dans la cavité gauche du thorax, le 21 juin 1843, à onze heures du soir. La plaie est située vers le tiers antérieur de l'espace intercostal formé par les troisième et quatrième côtes; elle est pénétrante et donne issue à un sang rouge et vermeil qui sort à jets saccadés; les crachats sont sanguinolents.

Le tamponnement et les moyens ordinaires arrêtent l'hémorrhagie; le huitième jour la plaie est cicatrisée, mais de graves accidents consécutifs ne tardent pas à se présenter. On reconnaît tous les signes caractéristiques d'un épanchement sanguin. L'opération de l'empyème est regardée comme urgente et pratiquée, à l'aide du trois-quarts, au lieu d'élection. La respiration se fait d'abord plus facilement, mais bientôt l'inflammation de la plèvre se développe, l'épanchement se reproduit, et le blessé succombe le 23 août, après avoir eu des vomissements d'un liquide noirâtre et fétide.

Autopsie cadavérique. — La cavité gauche du thorax est remplie d'un liquide noirâtre et fétide, semblable à celui des vomissements. Les plèvres sont épaissies et recouvertes, dans une grande étendue de leur surface, d'une couche couenneuse assez résistante; le poumon gauche a presque entièrement disparu; le cœur est notablement diminué de volume; des

adhérences se sont établies entre la plèvre, le diaphragme et l'estomac, et une perforation de ces tissus fait communiquer la cavité pleurale avec la cavité gastrique et donne l'explication de la nature des vomissements qui ont eu lieu avant la mort.

II. *Plaie pénétrante de la poitrine.*

Un homme du peuple, habitant de Chiclana (Basse-Andalousie), reçoit le 23 avril 1827 un coup de couteau-poignard qui pénètre profondément dans la poitrine, à travers le troisième espace intercostal du côté droit. Le poignard n'est extrait qu'avec difficulté de la plaie, par laquelle l'air entre et sort alternativement, selon les mouvements de la respiration. L'hémorrhagie est très-abondante; un tamponnement méthodique l'arrête. Deux saignées sont pratiquées dans le cours de la même journée; une troisième saignée est faite le lendemain. Limonade froide pour unique boisson, vessie remplie de glace sur la poitrine. Malgré ces moyens, les crachats sont toujours vermeils, couenneux, et l'épanchement pleurétique augmente. Les jours suivants, un liquide noirâtre et fétide s'écoule de la plaie comme par regorgement. On décide qu'une contre-ouverture est indispensable; elle est pratiquée le 29 avril, au lieu d'élection, entre la huitième et la neuvième côte, par le procédé ordinaire, à l'aide du bistouri, et donne issue à une grande quantité de matières liquides, noirâtres. Des phénomènes inflammatoires locaux et généraux surviennent le 30 et sont combattus avec succès par une saignée du bras, par une application de vingt-cinq sangsues, *loco dolenti*, et par les autres moyens antiphlogistiques. Dès lors aucun incident fâcheux ne se présente, et l'état du malade s'améliore de jour en jour. Le 29 mai, le malade avait pris assez de forces pour pouvoir se livrer à quelques promenades. Le 25 juin, après l'ingestion de quelques boissons alcooliques, il apprend que son ennemi habite aux environs, s'arme d'un poignard et d'un fusil chargé à balle, le cherche inutilement pendant trois heures sous un soleil brûlant, rentre accablé de fatigue, se met au lit, éprouve une toux aiguë suivie d'une pneumorrhagie foudroyante, et meurt à trois heures du matin.

L'auteur, alors absent de Chiclana, n'a pas assisté le malade dans ses derniers moments et n'a pu faire l'autopsie.

III. *Tétanos traumatique survenu à la suite d'un coup de feu reçu à bout portant, et suivi de mort, dix-sept jours après la blessure.*

Le 17 août 1843, à Bougie, un soldat de la légion étrangère voulant retirer son fusil d'un fossé où il était tombé, le saisit par le canon, veut le dégager de quelques branches qui le retenaient, et fait partir le coup. Le tampon, la balle et la bourre traversent la cuisse gauche à sa partie supérieure et externe sans atteindre le fémur. On chercha à prévenir les accidents inflammatoires consécutifs par une saignée générale et par l'emploi des affusions continues d'eau froide; ce moyen fut mis en usage avec persévérance pendant onze jours, puis suspendu selon le désir du malade.

Le 29 août, les phénomènes précurseurs du tétanos se déclarent, et le 30, malgré les moyens les plus énergiques, cette affection éclate et fait les progrès les plus rapides et les plus effrayants. La mort a lieu le 2 septembre, à quatre heures du soir, par suffocation ou asphyxie.

A l'autopsie, on trouva dans le trajet des plaies deux petits fragments de fer de forme triangulaire, pesant 3 grammes et provenant sans doute des éclats de la plaque métallique qui recouvrait le tampon du fusil au moment de l'explosion.

IV. *Plaie transversale du cou produite par un instrument tranchant et ayant divisé plus de la moitié de l'espace hyo-thyroïdien, suivie de guérison.*

Un commis du vaisseau stationnaire *le Liamone*, en rade de Bougie, entra à l'hôpital militaire de cette place le 5 août 1843, atteint, depuis douze jours, d'une gastro-céphalite aiguë et d'accès de fièvre intermittente de nuance pernicieuse. Sous l'influence de ces affections, le malade devient rêveur, mélancolique, méfiant, irascible, et conçoit la pensée de se donner la mort, projet qu'il exécute en se coupant la partie antérieure et supérieure du cou à l'aide d'un couteau qu'il avait aiguisé sur une pierre.

La solution de continuité est effrayante ; elle met à découvert toute la cavité pharyngienne et l'intérieur du larynx. On applique d'abord un pansement provisoire; puis, le 12, on réunit les lèvres de la plaie au moyen de trois points de sature que le gonflement inflammatoire oblige d'enlever après quelques heures. Ce n'est que le 23 août qu'on a recours à la position et au bandage unissant des plaies en travers. La guérison suivit une marche régulière et fut complète le 25 octobre suivant. Le malade sortit de l'hôpital le 28 pour reprendre son service.

Cette observation est suivie de quelques remarques sur la laryngotomie sous-hyoïdienne proposée par M. Malgaigne.

V. *Fracture extracapsulaire du col du fémur, suivie de guérison, sans raccourcissement du membre et sans claudication.*

Le 14 août 1344, un caporal du 22e de ligne, en garnison à Bougie, fait une chute de 6 mètres sur la partie supérieure et externe de la cuisse droite, et se fracture le col du fémur. L'examen du blessé fait reconnaître d'une manière évidente que la fracture est extracapsulaire. On procède à la réduction, et l'immobilité du membre est assurée à l'aide du bandage contentif de Desault.

Ici l'auteur s'applique à faire ressortir les avantages de cet appareil sur les autres bandages, ingénieux, sans doute, mais, selon lui, plus ou moins défectueux. A l'appui de son opinion, il cite les résultats heureux de sa pratique dans trente-neuf cas de fractures des membres abdominaux, dans lesquels l'appareil de Sccuttet ou l'appareil de Desault ont été les seuls moyens employés.

Dans le cas dont il s'agit, après l'application du bandage, le blessé fut saigné le 15 et le 16, la diète fut continuée jusqu'après la chute des phé-

nomènes fébriles; le 20, on accorda un potage; dès lors le régime alimentaire s'accrut progressivement, l'appareil fut renouvelé à temps utile et remplacé, le 16 juin, soixante-troisième jour de la fracture, par un bandage roulé qui se termina par un spica simple de l'aine.

Le malade essaya ses forces, marcha d'abord à l'aide de deux béquilles, puis d'une seule, puis d'un simple bâton. Une convalescence de deux ou trois mois lui rendit toute son énergie musculaire et le mit en état de continuer son service au régiment.

La rédaction fait suivre ces faits chirurgicaux de remarques qui concernent chacun d'eux, en signalent la portée scientifique et la valeur pratique, et, par leur comparaison avec d'autres faits analogues, en complètent l'enseignement.

CHIRURGIE. — Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Zaatcha, par M. *Quesnoy*, chirurgien aide-major au 3e spahis, t. VI, p. 233.

L'auteur accompagne le corps expéditionnaire depuis Constantine jusqu'à Zaatcha; chemin faisant, il indique les contrées et les stations que traversent les troupes, donne des documents succincts sur la nature du sol, sur l'aspect du pays, sur ses productions, sur les eaux qui l'arrosent jusqu'à la limite du désert, et sur le désert lui-même et ses plaines de sable dont la sécheresse et l'aridité désolent les regards. L'auteur rend ensuite compte de ses remarques sur les oasis, et sur la culture des palmiers, qui constituent la seule ressource de leurs habitants, sur les maladies qui règnent parmi ces populations, et particulièrement sur le bouton de Biskara, qui, sous le rapport du début, de la marche, de la terminaison et de la résistance à tous les moyens curatifs, lui paraît avoir la plus grande analogie avec le bouton d'Alep.

Le corps expéditionnaire, parti le 25 septembre 1849 de Constantine, arrive le 7 octobre suivant à Zaatcha. La relation de ce voyage forme la partie épisodique du travail de M. Quesnoy; la partie médicale vient ensuite.

L'auteur y parle d'abord de l'emplacement du camp, de l'humidité du sol de l'oasis occupée par les troupes, des maladies, telles que diarrhées, dyssenteries, fièvres rémittentes qui ont dû leur origime à cette humidité, et enfin du choléra-morbus, qui sévissait sur la colonne venue d'Aumale, sous le commandement du colonel Canrobert, et qui prit un nouveau développement dès que cette colonne eut fait sa jonction avec celle de Zaatcha.

L'auteur donne ensuite quelques détails sur les différentes phases du siége, au point de vue de l'application, de la nature et de la gravité des lésions chirurgicales, et sur l'organisation de l'hôpital de Biskara, pour faire connaître les ressources du service de santé sous le rapport du personnel et sous celui du matériel. Il termine par des réflexions générales sur les diverses catégories de plaies par armes à feu qui se sont présentées à son examen. Ces catégories sont les suivantes :

Plaies par armes à feu, avec lésion de la continuité des os.

L'auteur rapporte en peu de mots les observations de cinq fractures de cuisse par coup de feu, dont trois évidemment comminutives, et qui toutes ont été suivies de guérison sans difformité trop apparente. Il en conclut que, dans certaines conditions qu'il précise, les chirurgiens peuvent se laisser entraîner à attendre que les symptômes, en s'aggravant, viennent indiquer que l'ablation du membre est indispensable. Par contre, il cite d'autres observations de fractures de jambe, de bras et d'avant-bras, dont quelques-unes, comminutives, ont nécessité l'amputation et ont eu, pour la plupart, une issue funeste. L'auteur s'appuie sur ces faits pour trouver de l'exagération dans la doctrine qui prescrit immédiatement l'amputation dans les fractures comminutives des os principaux des membres.

Viennent ensuite les catégories des *plaies par arme à feu avec lésion des nerfs*, des *plaies de tête*, des *plaies de la face*, des *plaies du cou*, des *plaies de poitrine* et des *plaies de l'abdomen par armes à feu*.

M. Quesnoy donne rapidement l'observation de plusieurs cas de chacun de ces genres de blessures et fait connaître la médication qu'il a cru devoir leur opposer.

Une note de M. Marchal (de Calvi) suit le travail précédent et se rapporte surtout à sa partie chirurgicale.

Les remarques de M. Marchal (de Calvi) ont trait à la question de savoir si l'amputation immédiate est de rigueur dans les plaies par arme à feu avec fracture comminutive des os principaux, tels que le fémur, le tibia, ou si, même au milieu des circonstances défavorables de la guerre en rase campagne, comme l'avance M. Quesnoy, on doit temporiser, si les dégâts ne sont point trop étendus. M. Marchal (de Calvi) pose en principe que les faits sur lesquels s'appuie l'opinion de M. Quesnoy n'ont pas une autorité suffisante; pour que cet appui fût solide, il faudrait que ces faits fussent d'une autre nature. A cette occasion, M. Marchal (de Calvi) les analyse, en signale les lacunes et prouve que les observations dont il s'agit ne peuvent être acceptées comme des arguments en faveur de la doctrine à laquelle s'est rangé l'auteur.

Les autres remarques de M. Marchal (de Calvi) sont relatives à des faits chirurgicaux de sa pratique personnelle, qui ont beaucoup d'analogie avec des faits de même nature exposés par M. Quesnoy.

CHIRURGIE. — Observations et réflexions sur quelques affections chirurgicales, par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VIII, p. 163. — *Voy.* KYSTES, SCORBUT, CYSTITE, RÉSECTION.

CHIRURGIE. — Compte-rendu du service médico-chirurgical de l'ambulance de Laghouat, depuis le mois

d'avril jusqu'au mois de septembre 1853, par M. *Marit*, médecin-major à l'hôpital militaire de Milianah, t. XIII, p. 394.

CHLORATE DE POTASSE. — Note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, par M. *Bergeron*, médecin des hôpitaux civils de Paris, médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule, t. XVI, p. 1 à 47.

Le chlorate de potasse, employé par Stant et par beaucoup d'autres médecins anglais dans la gangrène de la bouche, préconisé par West et par M. Chanal dans la stomatite ulcéreuse, était peu connu en France lorsque M. Blache publia une notice intéressante sur son emploi dans le traitement de plusieurs affections de la muqueuse buccale. M. Bergeron cherche à établir, par une série d'observations recueillies par lui à l'hôpital militaire du Roule, le parti utile que l'on pourrait tirer de ce médicament dans le traitement de la stomatite ulcéreuse de l'homme de guerre.

CHLOROFORME. — Du chloroforme considéré comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales, par M. *Hénot*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, t. V, p. 224.

Après avoir rappelé que M. Flourens fit d'abord des expériences sur les animaux, pour constater les propriétés du chloroforme, et que ce fut le docteur Simon, d'Edimbourg, qui employa le premier cette substance chimique sur l'homme et pratiqua avec son assistance plusieurs opérations, M. Hénot rend compte des observations qu'il a faites lui-même de l'efficacité de ce produit éthéré, d'abord sur deux personnes qui se prêtèrent spontanément à ces expériences, puis sur 75 blessés, atteints de lésions très-variées et qui furent opérés, par ses soins, à l'aide du chloroforme.

Après avoir énuméré ces opérations, parmi lesquelles les amputations, les résections, les ablations de tumeurs et les extirpations de cancer ou de sarcocèle tiennent la plus grande place, M. Hénot expose avec détails les effets immédiats et visibles provoqués par le chloroforme, et qui consistent dans un ensemble de phénomènes physiologiques dont la manifestation a lieu dans les fonctions de relation et dans celles des organes internes, sous l'influence d'une modification instantanée et profonde du système nerveux.

Ces phénomènes appréciables présentent, à ses yeux, trois aspects qu'il caractérise de la manière suivante, selon la nature de la perturbation des fonctions :

Première forme. Insensibilité, immobilité et sommeil profond.

Deuxième forme. Insensibilité et excitation musculaire.

Troisième forme. Insensibilité et immobilité; complicat on passagère d'agitation ou de contracture.

L'auteur examine ensuite, dans autant d'articles ou de paragraphes distincts :

Le mode d'action du chloroforme, qui agit essentiellement sur le système nerveux, soit qu'il produise l'insensibilité avec immobilité, soit que l'anesthésie s'accompagne d'excitation musculaire ou de congestion cérébrale.

Le parallèle de l'éther sulfurique et du chloroforme, sous le quadruple rapport : du temps nécessaire à l'obtention de l'insensibilité, de la durée de cette insensibilité; des caractères et de la nature de leurs phénomènes physiologiques; de l'innocuité ou des dangers attachés à leur emploi.

Les indications spéciales des deux anesthésiques, dont l'expérimentation comparative a démontré qu'ils possédaient réciproquement des avantages et des inconvénients, qu'ils répondent tous deux à des indications particulières, et qu'entre eux la question du choix est liée au tempérament et à la constitution des sujets, à l'âge, au sexe, à l'état moral, à la durée de l'opération et à la nature de la maladie qui la réclame.

Les contre-indications de l'éthérisation, parmi lesquelles il signale la pusillanimité des sujets; les maladies des poumons, du cœur et du cerveau; les affections nerveuses ou convulsives; les opérations où l'intégrité de l'intelligence, de la sensibilité et l'exécution de mouvements volontaires sont des conditions nécessaires au succès; les opérations de longue durée devant occasionner une perte considérable de sang et qui présentent parfois de l'imprévu dans leurs cours; celles qui exigent une prudente lenteur et pour lesquelles on doit sacrifier la promptitude à la sûreté; enfin les périodes extrêmes de l'âge, telles que la première enfance et la vieillesse avancée; ainsi que l'anémie et l'épuisement, quelle qu'en soit la cause.

Le mode d'administration, sous le rapport de la pureté du chloroforme, de sa dose, de son mélange à l'air et de l'appareil ou du moyen à employer pour en régulariser l'aspiration.

M. Henot termine son mémoire par les propositions suivantes :

1° L'expérience n'a pas justifié les appréhensions exagérées de quelques esprits craintifs ou frondeurs sur les dangers de l'éther ou du chloroforme;

2° On peut avoir recours à l'éther sans défiance; le chloroforme, préférable sous plusieurs rapports, offre moins de sécurité;

3° L'habileté dans l'administration de ces agents consiste à arrêter leurs puissants effets à la période d'insensibilité suffisante pour le but qu'on se propose;

4° L'utilité de leur emploi est d'une telle évidence qu'il est en quelque sorte obligatoire dans beaucoup de circonstances;

5° Quelle que soit la divergence des opinions sur la préférence à accorder à l'un ou à l'autre des produits anesthésiques, *tous deux* resteront désormais dans le domaine de l'art de guérir; constituant deux procédés analogues, quoique différents, ils seront employés, suivant des indications particulières, pour un g.and nombre d'opérations chirurgicales;

6° L'éther et le chloroforme, confiés à des praticiens prudents et ap-

pliqués avec discernement, sont destinés à rendre de grands services à l'humanité.

CHLOR-MERCURATES. — Recherches sur les chlormercurates mercuriques (oxydo-chlorures de mercure), par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. V, p. 278.

Le bichlorure de mercure exerce sur le bioxide du même métal une action très-énergique, qui présente ceci de spécial qu'elle ne se manifeste qu'en présence d'un dissolvant et change d'aspect avec la nature de ce dernier.

Les faits indiqués dans ce travail sont relatifs à l'action du bichlorure sur le bioxide : 1° en présence de l'eau ; 2° en présence de l'alcool, et se partagent en deux ordres, suivant qu'on emploie la modification rouge ou jaune de l'oxide mercurique.

1° Action en présence de l'eau. — A. Avec l'oxide rouge on a obtenu les combinaisons suivantes :

$2HgCl,HgO$ bichlormercurate mercurique.
$HgCl,2HgO$ chlormercurate bimercurique.
$HgCl, + 6HgO + HO$ chlormercurate semercurique hydraté.
$HgCl + 6HgO$ — — anhydre.
$HgCl + 4HgO$ — quadrimercurique.
$HgCl + 5HgO$ — quintimercurique.

B. Avec l'oxide jaune on obtient :

$HgCl + 3HgO$ chlormercurate trimercurique et
$HgCl + 6HgO$ déjà cité.

2° Action en présence de l'alcool. — A. Avec l'oxide rouge on obtient :

$$2HgCl, HgO.$$

Avec l'alcool les réactions sont plus lentes qu'en présence de l'eau, et on obtient des produits de constitution variable.

B. Avec l'oxide jaune on obtient :

$HgCl + 3HgO$ chlormercurate trimercurique.

En résumant ces nombreuses expériences on peut voir : 1o que l'action du bichlorure sur le bioxide est toujours la même à chaud, quel que soit le liquide en présence ; 2° que l'action de ces corps à froid varie suivant la nature de l'oxide, et pour l'oxide rouge, suivant la nature du dissolvant.

Le rôle que peut jouer un milieu dissolvant peut donc dépendre de la température, de la nature du liquide ou encore des actions mécaniques produites au sein du liquide.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. — Relation de l'épidémie cholérique dont la 1re division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha, en juillet et août 1854, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'ambulance, t. XV, p. 130 à 163.

Après avoir décrit la marche de l'armée, l'auteur aborde l'étude des causes de l'épidémie cholérique de la Dobrutscha. Il admet un génie cholérique presque universellement répandu à l'époque dont il s'agit, et se prononce contre l'importation du choléra en Orient.

L'usage prolongé et exclusif des eaux empoisonnées par les matières organiques, les miasmes paludéens, le bivouac au voisinage d'un lac marécageux, les fatigues, les privations, telles sont les causes de la gravité extraordinaire du choléra qui a frappé la première division de l'armée d'Orient. L'épidémie, dans son expression symptomatique, n'a offert rien de particulier.

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.—Notice sur l'épidémie de choléra qui a régné à Constantine pendant les mois d'août, septembre et octobre 1854, par M. *Besnard*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine, t. XVI, p. 217 à 230.

L'auteur résume dans ce travail la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'épidémie cholérique observée par lui à Constantine.

CHOLÉRA. — Instruction pour les corps de troupes et les hôpitaux militaires en prévision d'une épidémie de choléra, t. XIII, p. 351.—Note sur le choléra-morbus épidémique de Tanger en 1855, par M. *Rolinger*, médecin aide-major détaché dans cette ville, t. XVIII, p. 174. — Quelques mots sur la recrudescence cholérique observée à Varna (Bulgarie), pendant les mois d'octobre et de novembre 1854, parmi les militaires traités dans les hôpitaux et parmi ceux de la garnison, par M. *Tellier*, médecin-major à l'hôpital militaire de Varna, *ib.*, p. 189.—Note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'hôpital de l'École militaire à Constantinople, *ib.*, p. 207. — Note sur le choléra qui a régné dans la garnison de Nancy pendant le mois

d'octobre 1855, par M. *Chatelain*, médecin en chef de l'hôpital militaire, *ib.*, p. 213.

CHOULETTE, *pharmacien-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Constantine* (1). — Rapport médico-légal ayant pour but principal la constatation de taches de sang sur un bournous, t. XIX, p. 343.

CINCHONINE. — *Voy*. QUININE.

CIVITA-VECCHIA. — Topographie médicale, Histoire de l'endémo-épidémie de 1850, et Notice sur les eaux thermales, par M. *Jacquot*, médecin aide-major de 1re classe, t. X, p. 39.

CLAVICULE. — Observation de fracture rétro-coracoïdienne de la clavicule ; guérison sans difformité, par M. *Burdiat*, *ib.*, p. 271. — Observation sur une fracture de la clavicule et sur un nouveau bandage pour le traitement de cette fracture, par M. *Duret*, chirurgien de 1re classe, p. 285. — *Voy*. FRACTURES.

CLIMATOLOGIE de la campagne et de la ville de Rome en 1849 et 1850, par M. *Armand*, chirurgien aide-major au 36e de ligne, t. VII, p. 146.

CLINIQUE CHIRURGICALE. — Fragments de la clinique chirurgicale de M. Sédillot, premier professeur, chirurgien en chef de l'hôpital d'instruction de Strasbourg, par M. *Radat*, chirurgien aide-major, t. I, p. 92.

Ces fragments concernent plusieurs questions chirurgicales très-importantes.

Infection purulente. — Cette redoutable affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Suivant M. Sédillot, les auteurs qui se sont occupés de la résorption purulente n'ont jamais eu en vue que ses degrés extrêmes et, dès lors, ont dû la regarder comme constam-

---

(1) Pharmacien principal de 2e classe à la réserve des médicaments à Marseille.

ment mortelle. Il y a là évidemment une erreur. On doit établir une distinction profonde entre l'infection purulente et les abcès métastatiques. Tant que la maladie est bornée au premier état, les individus peuvent guérir. S'il y a des abcès de peu de volume et en petit nombre, tout espoir n'est pas encore perdu; la mort n'a lieu que si les abcès sont nombreux, très-étendus, ou arrivés à un point tel qu'ils se soient ouverts dans la plèvre ou que le pus se soit épanché dans les articulations. Les effets sont aussi d'une intensité variable, non-seulement suivant la quantité du pus mêlé au sang, mais encore suivant sa qualité. Le pus d'un phlegmon produit une action délétère beaucoup moindre que le pus sanieux. L'infection purulente a différentes phases et chacune d'elles a des symptômes caractéristiques. Dans quelques cas, la marche de l'affection peut être insidieuse, mais c'est là une difficulté commune à presque toutes les maladies.

Tous les cas d'infection purulente peuvent se rapporter : 1° à la phlébite; 2° au transport du pus en nature d'une solution de continuité à l'organe ou aux organes qui sont le siége des altérations.

Le poumon n'est pas le seul organe qui soit le siége d'abcès dans l'infection purulente, mais il est à coup sûr le premier sous le rapport de la fréquence; après lui viennent les plèvres, les articulations, le foie et les muscles. C'est aussi l'organe pulmonaire qui généralement est le premier atteint, et il existe une corrélation des plus remarquables entre ses altérations et celles des autres organes. Voici, d'après M. Sédillot, le mécanisme infiniment probable suivant lequel a lieu l'infection purulente; s'il ne s'applique pas indistinctement à tous les cas, il rend du moins compte de la production d'un grand nombre d'entre eux : dans le foyer purulent primitif, que ce soit une carie, une plaie suite d'opération, un vaste phlegmon, plongent des veines érodées ou coupées dont l'ouverture donne entrée au pus. Ce liquide s'y introduit pour ainsi dire mécaniquement, retenu qu'il est par les tissus environnants, la profondeur de la collection, l'obliquité des trajets fistuleux, l'étroitesse des ouvertures, ou par les pièces d'appareil dans l'intervalle des pansements. Il monte ainsi à une certaine hauteur dans l'intérieur du vaisseau jusqu'à ce que, rencontrant des veines collatérales, il se mêle au sang qu'elles charrient, dans un point où la circulation, de retour, suit son cours ordinaire.

Après avoir admis différents degrés dans l'infection purulente, M. Sédillot formule de la manière suivante les indications variées du traitement :

1° Combattre les phénomènes inflammatoires, s'ils sont trop intenses, par des émissions sanguines principalement locales.

2° Modifier activement la surface sécrétant le pus, s'il y a plaie. On recourra donc aux bains et lotions excitants, aux injections avec le vin aromatique. On modifie ainsi la vitalité des tissus et par suite la nature de la sécrétion; il y a même avantage à ce que, par l'effet d'une irritation vive, la pyogénie soit entièrement supprimée; auquel cas, bien entendu, l'absorption n'a plus d'aliment.

3° Fournir au pus sécrété de larges voies d'écoulement par des incisions pratiquées de bonne heure, surtout s'il y a des décollements.

4° Renouveler fréquemment les pansements.

5° Recourir à l'emploi du fer rouge. Ce moyen est à la fois énergique

et efficace; mais, précisément à cause de ses bons effets, beaucoup de chirurgiens ont été jusqu'à en abuser.

6° Quand on craint l'infection après avoir tenté la réunion immédiate à la suite d'une opération, déchirer la cicatrice commençante et chercher par tous les moyens possibles à irriter directement la solution de continuité.

7° Etablir des révulsions en s'adressant aux glandes, et surtout à l'appareil digestif dont la surface est immense : de là l'indication des purgatifs répétés, qui produisent une contre-sécrétion et agissent directement sur le foie en le dégorgeant.

8° Prescrire des boissons froides, en abondance, pour maintenir le système veineux dans un état de réplétion et diminuer d'autant ses propriétés absorbantes.

9° Remplir les indications particulières qui se présentent : comme d'exciter la peau par des frictions à l'aide de teintures stimulantes; de l'irriter par des sinapismes, dans le cas d'abaissement trop considérable de la température ou d'accidents cérébraux; de chercher à dégager le poumon par des applications de ventouses sur la poitrine ou de vésicatoires; ne pas faire usage des toniques ni de l'extrait de quinquina tant qu'il y a fréquence du pouls; ce n'est que lorsqu'il y a faiblesse et prostration véritables que le régime et la médication toniques sont indiqués.

Enfin, si les phénomènes qui annoncent l'infection purulente viennent à éclater chez un malade atteint d'une suppuration osseuse susceptible de nécessiter ultérieurement l'amputation, l'opération est pour le moment la seule chance de salut, et on doit la tenter si surtout on a déjà eu recours à différentes médications énergiques, au nombre desquelles figure en première ligne le cautère actuel.

Ganglionites cervicales.— La nature du climat, qui est froid et extrêmement humide, rend compte du grand nombre d'engorgements glanduleux observés en Alsace. Leur siége de prédilection semble être le cou, et leur apparition est liée ou non à l'état général de la constitution; tantôt, en effet, ils se manifestent indépendamment d'un état diathésique; tantôt ils trahissent manifestement l'existence de la scrofule.

Les ganglions engorgés du cou sont superficiels ou profonds; uniques ou multipliés; agglomérés en masse ou en chapelet, ou distincts les uns des autres; volumineux ou peu apparents. Ces dispositions variées ont nécessairement une grande influence sur les moyens de traitement qui doivent être employés. Il ne sera question ici que de l'extirpation de ces tumeurs.

Cette opération, vantée par les uns, rejetée par les autres, ne semble rationnelle à M. Sédillot qu'autant que l'engorgement n'est pas une manifestation diathèsique. Si le sujet est scrofuleux, l'affection glandulaire du cou n'est qu'une faible partie de la maladie, et il ne faut pas opérer. L'extirpation ne devra être tentée, d'ailleurs, qu'après l'emploi d'autres moyens, et lorsque le volume de la tumeur ne permettra pas d'espérer sa résolution. Il faut aussi pouvoir enlever toutes ou a peu près toutes les glandes, et enfin ne pas s'aventurer à de trop grandes profondeurs, pour ne pas exposer les malades à de graves dangers.

Si le ganglion est superficiel, l'opération est très-facile. Si, à l'exem-

ple de quelques chirurgiens, on se trouvait entraîné dans la profondeur du cou, il faudrait, surtout à la partie antérieure et latérale, ne pas perdre de vue un seul instant tous les écueils dont on est entouré. Les principaux accidents auxquels on est exposé sont : l'ouverture de la veine jugulaire interne, la blessure d'une artère volumineuse et l'introduction de l'air dans les veines.

Après l'extirpation des ganglions engorgés faut-il chercher à réunir par première intention, ou bien panser en introduisant un linge fenétré et de la charpie dans la plaie? M. Sédillot se montre peu partisan, à Strasbourg, de ces tentatives de réunion immédiate. Il a par devers lui plus d'une centaine de cas dans lesquels celle-ci a échoué, et, plus souvent encore, il l'a vu tenter infructueusement par d'autres chirurgiens.

Dans la question de la réunion immédiate, on a porté des jugements trop absolus, les chirurgiens ont surtout négligé de prendre en considération l'influence du climat.

Productions morbides développées dans l'épaisseur de la peau. — Le chirurgien est souvent appelé à détruire des productions morbides développées dans l'épaisseur de la peau ou proéminant à sa surface, comme certaines veines volumineuses.

L'indication peut être remplie en recourant au caustique, mieux vaut cependant employer le bistouri. Le mal est circonscrit par deux incisions semi-elliptiques. Il faut user de précautions pour ne pas risquer dans certaines régions, telles que le cou, d'intéresser des veines superficielles.

Après l'opération on rapproche les bords de la plaie, dont la réunion peut être difficile à maintenir, soit à cause de leur peu d'épaisseur, soit par la mobilité de la partie. Cette complication se présente particulièrement au cou. Dans ces cas, M. Sedillot préfère aux divers bandages la suture à épingles très fines, dont il seconde l'effet en assurant l'immobilité au moyen de carton mouillé qu'il laisse durcir. Le placement des aiguilles ou des épingles est subordonné à la profondeur de la plaie et à l'écartement de ses bords. Il faut placer la première aiguille vers la partie moyenne de la plaie ; on juge par là beaucoup mieux de la disposition de ses deux bords, et l'on est plus à même de remédier aux imperfections ou au défaut de rapport qui peuvent se présenter.

Généralement, c'est du troisième au quatrième jour que l'on procède à l'enlèvement des aiguilles ou des épingles à suture, à moins qu'il ne survienne des douleurs vives, de la tension, de la rougeur aux bords de la plaie ou une inflammation accompagnée de fièvre et qui menacerait de s'étendre. Dans ce cas, il faut s'empresser d'enlever au plus tôt les aiguilles ou épingles et de combattre les accidents par des émollients, des acidules et même la saignée.

Arthropathies. — Dans les articulations, la nature des lésions pathologiques est aussi variée que la structure anatomique, tantôt les os, tantot les tissus fibreux, tantot la synoviale, sont malades (jamais les cartilages primitivement).

Dans l'arthrite aiguë, le traitement doit être antiphlogistique. L'émétique à haute dose a été préconisé ; cette médication réussit surtout dans les arthrites indolentes du genou avec épanchement. Ce n'est

qu'avec la plus grande réserve que l'on doit se décider à ouvrir les tumeurs supposées en rapport avec l'intérieur d'une articulation.

Les frictions mercurielles, la compression, ne sont efficaces que contre des affections peu profondes, les vésicatoires volants réussissent dans les mêmes cas.

Pour agir plus profondément on a recours au cautère potentiel, qui rend d'immenses services dans les varices tuberculeuses ou autres. Le feu est appliqué aux articulations sous différentes formes.

Telle est, avec les bandages inamovibles, la série des moyens que l'expérience a démontré être les plus efficaces contre les arthropathies; lorsque le mal se perpétue et entraîne des désordres de plus en plus graves, l'amputation reste comme la seule ressource pour conserver la vie du malade.

Amputation de la cuisse. — M. Sédillot a préconisé la méthode à deux petits lambeaux superficiels, en terminant par le procédé circulaire ordinaire, c'est la méthode mixte. Avantageuse sur les individus très-musclés, elle doit être rejetée si les chairs sont flasques et si le membre est amaigri. Dans ce dernier cas, la méthode circulaire est préférable à tout autre.

M. Sédillot pose ainsi les règles de cette méthode :

1° Incision de la peau, en divisant à grands coups ses adhérences pour favoriser sa rétraction, sans disséquer de manchette;

2° Incision circulaire des muscles superficiels, que l'on fait rétracter ;

3° Incision de la couche profonde, en dirigeant un peu le tranchant du couteau en haut pour mieux creuser le cône ;

3° Section de l'os.

Viennent ensuite des considérations sur la méthode à lambeau antérieur et sur la question de la réunion immédiate.

Plaies de l'abdomen par instruments piquants. — Quand la solution de continuité est étroite, on ne peut savoir de prime abord si elle est ou non pénétrante, et si, étant pénétrante, elle est simple ou compliquée; dans le doute, il faut se mettre en garde contre les accidents par le traitement antiphlogistique et attendre. Relativement aux corps étrangers qui peuvent compliquer les plaies pénétrantes, étroites, l'opinion de M. Sédillot est que l'on doit aller à leur recherche, si l'on a la conviction acquise de leur existence.

Traitement des fractures de jambe. — Après la réduction, le traitement consiste à appliquer un appareil de Scultet, qu'il faut lever tous les jours, au commencement, afin de pouvoir surveiller le gonflement et l'inflammation. Ce n'est que s'il ne survient pas d'accidents, après les cinq ou six premiers jours, qu'on peut recourir aux appareils inamovibles, sans inconvénients.

Un repos absolu est la condition essentielle de la consolidation.

A moins de complication, on rendra le membre libre du quarantième ou quarante-cinquième jour, afin que la nutrition s'y fasse mieux et pour empêcher la roideur des articulations ou même l'ankylose.

La guérison sans difformité doit être le résultat constant du traitement; dans toutes fractures simples de la jambe, jamais il ne doit y avoir de

raccourcissement, et tout se réduit à une question de temps, si le chirurgien a fait ce qu'il convenait de faire.

Si M. Sédillot blâme les bandages inamovibles au début, dans les fractures simples, à plus forte raison doit-il les désapprouver dans les fractures compliquées.

Dans l'opinion de l'auteur, les zélateurs de l'appareil inamovible se trompent, en avançant qu'il favorise la sortie du pus au fur et à mesure de sa formation. Il n'y a pas, à son avis, dans les fractures compliquées de la jambe, de meilleure pratique que celle qui consiste à les voir tous les jours. Le bandage de Scultet est enlevé et réappliqué avec la plus grande facilité.

Fractures de la rotule. — Ces fractures sont le plus souvent produites par une chute sur le genou. Dans certains cas, la marche est encore possible. Il en est ainsi dans les fractures longitudinales, dans celles en étoile, et aussi lorsque, la fracture étant transversale, les tissus fibreux qui recouvrent l'os en avant n'ont pas cédé.

Pour le traitement de ces fractures, après avoir pratiqué une saignée, si elle est jugée nécessaire, on maintient l'extension de la jambe en élevant fortement le talon; puis, après avoir mis les deux fragments en contact par le bandage unissant des plaies en travers, on rend la flexion impossible au moyen d'une gouttière en fer-blanc dans laquelle on place le jarret. On peut se passer du bandage unissant, dont l'application est quelquefois douloureuse, en le remplaçant par le huit de chiffre du genou. La consolidation par cal osseux est rare, presque toujours il y a production d'un tissu fibreux intermédiaire. L'étendue de ce tissu est variable, il produit rarement des inconvénients, et, dans ces cas, le genou devrait être maintenu par une genouillère, et l'action des fléchisseurs, trop énergique, serait contre-balancée par un ressort.

De l'opération du trépan. — M. Sédillot a eu recours au trépan pour un cas de carie frontale. L'affection avait envahi la diploë, puis la table interne, et menaçait l'encéphale d'une altération consécutive. Trois couronnes furent appliquées, l'une centrale, complète, les deux autres latérales, empiétant sur la première et conséquemment incomplètes. L'opération eut un plein succès.

De l'extirpation de l'amygdale. — A la suite d'angines successives, les amygdales s'hypertrophient; il en résulte une gêne plus ou moins notable de la déglutition, de la respiration, de l'articulation des sons, de l'audition, et il devient nécessaire de procéder à leur enlèvement.

M. Sédillot, dans le courant d'une seule année, pratiqua cette opération plus de trente fois. On peut pratiquer l'excision des amygdales avec l'amygdalotome de Fahnestock modifié ou avec le bistouri. L'amygdalotome simplifie l'opération et effraie moins les malades, mais les amygdales étant de volume très-variable, il faudrait des amygdalotomes de différentes dimensions; mieux vaut donc recourir au bistouri, que l'on a toujours sous la main, et qui a pour lui de s'appliquer à tous les cas.

Chûte du rectum. — Sans permettre de nier la protrution complète des tuniques du rectum quand il y a chute considérable, les dissections ont démontré que le prolapsus est le plus ordinairement formé par la muqueuse seulement, la tunique musculaire restant en place. Le traitement

mérite la plus sérieuse attention. Les principaux moyens sont : l'extirpation du bourrelet muqueux, l'excision des plis rayonnés de l'anus, suivant la méthode de Dupuytren, et la cautérisation. M. Sédillot admet que tous ces moyens peuvent trouver leur application dans des conditions pathologiques spéciales, et a su apporter des modifications heureuses soit à l'emploi de l'instrument tranchant, soit à l'emploi du cautère actuel.

Hydrocèle. — L'auteur a puisé dans la clinique de M. Sédillot des considérations judicieuses sur les avantages et les inconvénients des diverses méthodes de traitement de l'hydrocèle.

CŒUR. — Hypertrophie considérable du cœur, avec abcès multiples dans cet organe, par M. *Abeille*, médecin adjoint, t. IV, p. 149. — Observation de maladie du cœur et de l'aorte, par M. *Gœdorp*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Calais, *ib.*, p. 167. — Rupture des deux oreillettes du cœur, observation recueillie par M. *Desmarets*, médecin aide-major au 66e de ligne, t. XVIII, p. 313.

COIFFURES MILITAIRES. — De leur influence sur le développement de l'ophthalmie purulente dans le sud de l'Algérie, par M. V. *Widal*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Dellys, t. XVII, p. 211.

COLÉAH. — Notice topographique sur cette ville, par MM. *Bouffar*, médecin en chef, et *Laprevotte*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de cette place, t. VI, p. 39.

COLIN (L.), *médecin aide-major commissionné, stagiaire à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires* (1). — Observation d'abcès stercoral de la fosse iliaque droite, t. XIII, p. 358.

COLLIN (E.), *médecin adjoint à l'hôpital militaire de Philippeville* (2). — Recherches sur les affections de la rate

(1) Médecin major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

(1) Médecin major de 1re classe à l'hôpital de Briançon.

dans les fièvres paludéennes de l'Algérie, t. IV, p. 83. — Rapport sur le goître accidentel de la garnison de Briançon, t. XII, p. 261. — Observation d'un coup de fleuret au bord antérieur de l'aisselle droite, traversant le lobe supérieur du poumon droit, le péricarde et l'aorte, près de son origine, t. XIV, p. 300. — Des ruptures spontanées de la rate dans les affections paludéennes, t. XV, p. 1.

COLONNA, *chirurgien sous-aide-major* (1).—Observation d'arthrite blennorrhagique, t. XI, p. 20.

COMBARRIEU, *chirurgien sous-aide*. — Observation d'un kyste situé sous la malléole interne du pied droit, dans la gaîne du tendon d'Achille, t. VIII, p. 163.

COMPTE RENDU des amputations primitives et des amputations consécutives traitées à l'hôpital militaire de Dolma-Bagtché (Constantinople), par M. *Salleron*, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, 1re partie, t. XXI, p. 262; 2e partie, t. XXII, p. 239. — *Voy*. AMPUTATIONS.

CONCOURS de sortie des stagiaires de l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XIII, p. 502.

CONGÉLATIONS. — Relation de la retraite du Bou-Thaleb; mémoire sur les cas de congélation qui eurent lieu pendant cette retraite, par M. *Shrimpton*, chirurgien aide-major, t. I, p. 154.

Le 3 janvier, dit M. Shrimpton, le camp avait pour ainsi dire disparu sous la neige. A grand'peine les hommes parviennent à sortir de leurs tentes; un grand nombre, et particulièrement les jeunes soldats, ou ceux

(1) Médecin aide-major de 1re classe au 12e de ligne.

qui, à une époque peu éloignée ont eu à souffrir de la fièvre, sont tellement engourdis qu'ils ne peuvent que difficilement se tenir debout. On en conduit dès le matin quinze à l'ambulance; deux d'entre eux, déjà sous l'imminence de l'asphyxie, ne tardent pas à succomber. Le camp est levé à sept heures du matin et sans que le soldat ait pu manger la soupe. La souffrance ressentie par tous entraîne un certain désordre. La colonne marche péniblement ; au bout de dix minutes elle s'arrête. Les heures s'écoulent, le soir arrive, même immobilité. Les troupes sont debout et silencieuses, le sac au dos, sous la neige qui tourbillonne, exposées à un vent violent du nord ; il y a plus de vingt-quatre heures qu'elles n'ont mangé... La descente d'un défilé s'effectue sur une pente rocheuse entrecoupée de ressauts, à tout instant interrompue, rapide, où la neige cache la véritable voie et expose à chaque pas à des chutes. Là, ont été abandonnés tous les vivres, une grande partie du matériel de campement, des bagages, etc. La mort a frappé et frappe encore un grand nombre de victimes. La route est jonchée de cadavres, tombés à droite et à gauche du chemin ; de soldats engourdis qui ne peuvent se soutenir. Ceux que le froid a saisis et empêche d'avancer refusent tout secours. En vain cherche-t-on à en encourager quelques-uns. Les uns, qui ont le sentiment d'une fin prochaine, repoussent brusquement ; d'autres, qui ne souffrent pas et qui s'endorment doucement dans la mort, supplient de les laisser tranquilles, et disent qu'après quelques minutes de repos ils se remettront en route. Chez plusieurs qui marchent encore et se plaignent seulement d'une difficulté dans la progression, se remarquent déjà les signes avant-coureurs d'une mort prochaine : engourdissement général, douleur dans les membres et aux aines, contraction musculaire faible et incertaine, faciès rouge, tuméfié, lèvres bleuâtres, yeux saillants, lividité de la peau, gonflement des mains, pouls petit et faible, respiration lente. Tous ces symptômes s'aggravent rapidement ; les yeux prennent une expression d'égarement ; la marche est indécise ; l'homme vacille et tombe enfin pour ne plus se relever. La peau des mains se fendille alors et laisse souvent couler 60 à 100 grammes de sang. Quoique le malade conserve sa connaissance, il paraît en proie à l'ivresse. Son corps est comme une masse inerte qui retombe sussitot qu'on la relève. La nuit est close, la neige tombe toujours ; les malades ont succombé. Il eût été impossible de faire un pas de plus, si le chien d'un soldat n'eût, de cadavre en cadavre, indiqué la route suivie par nos troupes. On marche avec ardeur, et trois heures après (environ 9 heures du soir) on rejoint une quarantaine d'hommes et deux cantinières, arrêtés avec du bagage sur le bord d'un ravin. Il était urgent de prendre des dispositions pour passer la nuit. On forme un carré avec les cantines et les ballots. Dans l'intérieur sont étendues une partie des tentes que nous possédions, et qui, durcies par la gelée et dépourvues de piquets et de montants n'auraient pu être déployées. Des fusils formés en faisceaux supportent une autre tente qui nous garantit assez bien contre les injures de l'air, on se couche. Les chevaux et les mulets sont attachés à des cordes en dehors de notre enceinte. La petite troupe se lève avant le jour.., Le soleil se dégage lentement des vapeurs de l'horizon, puis, brillant et glorieux, il s'élance dans l'espace. Ses rayons font scintiller de mille

feux les surfaces blanchies qui nous entourent. La marche cependant est difficile. Une neige, épaisse de quarante centimètres dans la plaine et beaucoup plus profonde encore dans les parties accidentées, couvre le sol et rend la progression lente et pénible. Au bout de deux heures, on atteint une tente d'ambulance abandonnée. Sur 40 hommes qui y ont passé la nuit, 6 ont succombé. De temps en temps on passe à coté de malheureux étendus sur la neige et que le manque de moyens de transport nous empêche d'emmener. Le temps est beau. Le froid sec et piquant qu'apporte le vent du nord et que combattent en partie les rayons du soleil, serait supporté avec plaisir par des hommes dont l'estomac aurait été suffisamment lesté et qui auraient eu moins à souffrir que les nôtres. On chemine douze heures durant dans des terres à labour, détrempées par la fonte des neiges, où les pieds contractent une froidure douloureuse. Le jour décline, le vent du nord redouble d'âpreté. De distance en distance on recueille encore quelques hommes isolés. Enfin l'obscurité règne de nouveau, mais Sétif est là, Sétif le lieu de refuge et de repos.

Les troupes présentaient au départ un effectif de 2,800 hommes; 208 avaient péri pendant la marche et sous l'action immédiate du froid; 2,600 rentrèrent au camp. Parmi ces derniers, 250 à peu près peuvent être considérés comme ayant échappé complétement à l'influence fâcheuse de la neige; 1,800, atteints de congélation superficielle et qui ne purent, faute de place, être admis à l'hôpital, guérirent tous sans accident après un traitement à la caserne dont la durée, variable pour chacun, peut être estimée en moyenne à 35 jours. Sur 532 qui entrèrent à l'hôpital, 55 furent soumis à des opérations et fournirent 3 morts: 477 furent traités par des moyens purement médicaux et donnèrent 19 morts. Dans le cas actuel, deux causes rendirent les effets du froid si dissemblables entre eux: 1° la température ne fut pas également rigoureuse sur tous les points où nos troupes s'étaient disséminées; 2° les hommes sur lesquels elle s'exerça étaient dans des conditions très-différentes. Dans la nuit du 2 au 3, le campement avait offert des conditions très-analogues pour tous et, sauf les différences que des vêtements plus ou moins chauds, plus ou moins neufs ou usés pouvaient introduire, le froid avait frappé toute la colonne avec une même intensité. Aussi les accidents qui survinrent alors durent-ils être presque exclusivement attribués à des prédispositions individuelles et à une faiblesse particulière de la constitution. Mais, dans la nuit du 3 au 4, il n'en fut plus de même; les conditions cessèrent d'être comparables. Les uns avaient campé dans la plaine et avaient pu se grouper autour de feux sombres d'où s'élevait, il est vrai, plus de fumée que de flammes; un petit nombre, comme cela m'était arrivé à moi-même, s'était tant bien que mal improvisé des abris. Ceux-là furent en général moins refroidis que les hommes perdus sur des mamelons élevés que le vent du nord balayait avec violence, et durent être moins maltraités. Cependant les congélations et la mort furent bien moins déterminées par cette différence de 3 ou 4 degrés dans la somme du froid que par les circonstances propres aux individus.

Les maladies antérieures et particulièrement les fièvres intermittentes rebelles, constituent la prédisposition la plus manifeste à subir l'action

du froid. Sur soixante et quelques hommes mourants auxquels j'ai parlé dans les journées du 3 et du 4, un tiers était soumis depuis plusieurs mois à des fièvres quotidiennes et tierces qui reparaissaient tous les dix, quinze ou vingt jours; plusieurs étaient guéris depuis peu de temps de diarrhée ou de dyssenterie, et quelques-uns étaient encore en proie à ces affections.

Dire que la privation d'aliments a été particulièrement fâcheuse aux sujets lymphatiques, ce n'est pas avancer qu'elle ait été supportée sans dommages par les constitutions nerveuse, sanguine et bilieuse. Parmi les malheureux qui succombèrent et ceux qui furent atteints de congélations partielles graves, on en a remarqué un certain nombre appartenant à ces divers tempéraments; et ce qui prouve que l'abstinence prolongée aggrava beaucoup chez eux l'influence du froid, c'est que les officiers, dont le sort durant les journées des 2, 3 et 4 janvier ne différa guère du leur qu'en ce qu'ils ne manquèrent pas complétement d'aliments et d'eau-de-vie, ne comptèrent pas une seule victime.

Beaucoup d'individus atteints de congélations superficielles trouvèrent, soit dans la nuit du 3 au 4 janvier, soit le lendemain, à quelques lieues de Sétif ou dans cette résidence même, le moyen de s'approcher de feux de bivouac, ou de foyers préparés à bonne intention pour leur venir en aide. Ce brusque passage d'une température glaciale à une température de 40°, au moins, plus élevée, cette exposition subite de parties transies et congelées à une forte chaleur, devinrent la source d'accidents très-sérieux.

Sur 355 malades atteints de congélation, 72 ont dit à M. Shrimpton s'être pendant la route assis à des feux de bivouac, 274 lui ont assuré avoir été du commencement à la fin privés de feu. Ceux-ci ont présenté 256 gangrènes peu étendues intéressant une partie ou la totalité de l'épaisseur du derme, 15 gangrènes étendues et ayant la même profondeur que les précédentes, 3 gangrènes plus profondes dont l'une a nécessité une opération. Ceux-là ont offert 2 gangrènes sans gravité, 11 gangrènes plus ou moins vastes et ayant mis sur quelques points les muscles à nu, et 59 gangrènes profondes, qui donnèrent lieu à 33 opérations. Les premières ont compté 2 morts, les secondes en ont compté 9. Ces chiffres dispensent de tout commentaire.

La soustraction du calorique, quand elle est portée à un certain degré, fait pâlir les tissus, les rapetisse, les ride et y amène un engourdissement qui, dans certains cas, peut aller jusqu'à l'insensibilité. Ces phénomènes dépendent : 1° de l'action hyposthénisante que le froid exerce immédiatement et, en premier lieu, sur les nerfs de la partie; 2° du ralentissement plus ou moins prononcé qui survient consécutivement dans le cours du sang... Les mains sont généralement nues et reçoivent sans intermédiaire les injures atmosphériques, pluie, neige, vent... Les pieds sont couverts, il est vrai, d'une chaussure épaisse qui les protége presque toujours efficacement quand le froid est sec; mais, si au froid se joint la pluie ou une neige fondante, il n'en est plus de même. Le cuir s'imprègne bientôt d'une humidité qui, le rendant meilleur conducteur de calorique, lui permet de soustraire aux tissus vivants une plus grande somme de chaleur; enfin, la progression sur un sol détrempé met les pieds en contact continuel avec un corps solide et très-froid, dont la température tend à s'équilibrer avec la sienne, d'où encore soustraction calorique.

Sur 355 congélations, il s'en est rencontré :

Aux pieds.	325
Aux mains.	6
Aux pieds et aux mains.	14
A la verge.	3
Aux oreilles.	6
Au nez.	1
Total.	355

On peut conclure de ces chiffres que c'est la présence d'une neige fondante sur le sol qui a été la principale et pour ainsi dire l'unique cause du désastre. Elle seule peut expliquer la proportion énorme des congélations aux pieds ; et la rareté des congélations ayant un autre siége indique assez que la température à laquelle les troupes expéditionnaires étaient soumises n'avaient rien d'excessif ni d'insoutenable. Bien qu'aucune observation thermométrique n'ait pu être faite sur place, on peut cependant avancer que le froid atteignait à peine, dans les montagnes du Bou-Thaleb, le quatrième degré centigrade au-dessous de zéro. Ainsi la gorge où, pendant la nuit du 2 au 3 janvier, la division resta campée, est à peu près au niveau de Sétif (1,100 mètres au-dessus du niveau de la mer), et, dans cette localité, le thermomètre ne descendit pas au-delà de 2 degrés au-dessous de zéro.

CONGÉLATIONS.—Trois observations de congélation des pieds, par M. *Panzani*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Sétif, t. I, p. 189.

Ces observations concernent des militaires de la colonne du Bou-Thaleb. Chez l'un, le pied fut particulièrement intéressé; la gangrène détruisit le bord interne ; la deuxième phalange du gros orteil fut enlevée et la tête du premier métatarsien réséquée. Chez un autre, la congélation atteignit les deux pieds, mais le droit fut le plus malade, et les progrès de la gangrène nécessitèrent l'ablation des deux phalanges du gros orteil droit et de la phalangette seulement du gros orteil gauche. Ces deux cas montrent l'influence que peut avoir sur la durée des plaies qui résultent de la chute des eschares, la présence d'une portion d'os nécrosé.

Chez le troisième de ces militaires, la congélation frappa la plante du pied droit, et, au moment où des bourgeons charnus fournissaient une suppuration de bonne nature et faisaient espérer une prochaine cicatrisation, le tétanos éclata et fut promptement mortel.

CONGÉLATIONS.—Observation de congélation des orteils, par M. *Gandilhon*, chirurgien sous-aide-major, t. I, p. 199.

Le fait rapporté par M. Gandilhon est important en ce qu'il montre que la prolongation d'un froid modéré, quand il a pour adjuvants l'hu-

midité et le vent, est capable de produire des effets plus ou moins graves de congélation qu'au premier abord on croirait devoir être le résultat d'un froid beaucoup plus intense.

CONGÉLATIONS.—Notes sur la congélation et le scorbut, extraites du rapport chirurgical de M. *Maupin*, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Sétif, t. IV, p. 299.

Deux maladies ; la congélation et le scorbut ont dominé le service chirurgical de l'hôpital de Sétif, pendant le 1er semestre de 1848. M. Maupin attribue ces maladies à la même cause : le froid humide prolongé. L'influence du froid humide s'est particulièrement exercée sur les escadrons du 5e régiment de hussards, qui venaient de Bone où la température est plus douce et qui, dépourvus de sabots dans les premiers temps de leur séjour à Sétif, n'avaient pour chaussure que des souliers ou des bottes pendant les pansages et pendant la promenade des chevaux.

Du reste, ces congélations n'ont eu généralement rien de sérieux; quelques-unes, il est vrai, sont allées jusqu'à l'escharification, mais l'eschare, rarement étendue, a rarement aussi dépassé les téguments.

M. Maupin cite l'observation d'un nègre de Tanger, agé de 60 ans, terrassier, qui vers la mi-décembre 1847, après deux jours de travail, les pieds nus au milieu de la neige fondue, éprouva un engourdissement tel des extrémités inférieures qu'il put à peine se rendre dans un café arabe où il passa près de trois semaines, étendu sur une natte, mal couvert, mal nourri et sans soins, puis entra à l'hôpital de Sétif, le 14 janvier 1848, avec un gonflement considérable des pieds et du bas des jambes et les phénomènes les plus graves de la congélation. A ce sujet, M. Maupin expose ses réflexions sur les effets locaux et généraux du froid et sur la méthode de traitement qu'il emploie pour les combattre. (Voy. Scorbut.)

CONGÉLATIONS. — Des congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854-1855, par M. *Legouest*, médecin-major, professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XVI, p. 275.

Dans les congélations à divers degrés qu'il a observées dans les hôpitaux de Constantinople, M. Legouest admet avec tout le monde une prédisposition née du défaut de vitalité et de réaction qu'ont engendrée les fatigues, les souffrances et la misère contre lesquelles a lutté avec courage notre armée de Crimée.

Dans le cours de son travail, ce médecin expose d'abord les différents phénomènes produits par le froid et les moyens de traitement qu'il a

employés pour les combattre. Il résulte de l'examen des faits qui se sont passés sous ses yeux, qu'il est possible de rapporter les congélations à cinq degrés :

Le premier, constitué par l'engelure, toujours facile à diagnostiquer, et ne méritant pas, à proprement parler, non plus que le suivant, le nom de congélation ;

Le second, indiqué par les phlyctènes ou épanchements sanguins, avec ou sans altérations consécutives ;

Le troisième, présentant des eschares peu profondes, n'intéressant que le derme ou la partie la plus superficielle des muscles sous jacents, différence impossible à diagnostiquer *à priori ;*

Le quatrième, intéressant, rarement d'une manière uniforme, les muscles et le tissu cellulaire intermusculaire à une plus ou moins grande profondeur ; le plus souvent, dans plusieurs endroits séparés, quelquefois voisins, quelquefois à une assez grande distance les uns des autres ;

La cinquième, frappant les membres de mort dans la totalité, soit d'emblée, soit consécutivement.

Après avoir apprécié les effets locaux du froid et les avoir différenciés de ceux produits par l'épidémie scorbutique qui sévissait alors dans les hôpitaux de Contantinople, M. Legouest s'attache à faire la part de l'un et celle de l'autre dans les affections générales qu'il a observées, et conclut de cet examen que les effets du froid et ceux du scorbut ont marché parallèlement, s'influençant réciproquement, et par cela même se reproduisant avec des modifications spéciales.

M. Legouest signale ensuite les dissemblances assez grandes qui existent entre les congélations et les brûlures, soit au point de vue des phénomènes locaux, soit à celui des phénomènes généraux. Il termine son mémoire par des considérations sur la question de savoir s'il faut ou s'il ne faut pas opérer lorsque la gangrène envahit les parties dans leur totalité, lorsqu'un ou plusieurs orteils, tout l'avant-pied, le pied, la jambe, à une hauteur plus ou moins grande, sont atteints, et, dans le cas où se déciderait à une opération, si c'est immédiatement ou secondairement que l'on doit la pratiquer? Comme éléments de cette question il expose les résultats de sa pratique et de son expérience personnelle sur ce sujet.

CONGÉLATIONS.—Notes sur les résultats des amputations à la suite de la congélation des membres inférieurs, par M. *Lustreman*, médecin-principal, professeur à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, médecin en chef de l'hôpital de l'Université, à Constantinople, t. XVII, p. 303. — *Voy.* AMPUTATIONS.

CONGÉLATIONS. — Mémoire sur la congélation des

pieds et des mains, par M. *Valette*, médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, t. XIX, p. 213.

M. Valette expose les observations qu'il a recueillies, dans les hôpitaux de Constantinople, sur les cas de congélation présentés par les malades évacués de Crimée pendant les hivers de 1854-1855 et 1855-1856, et tient grand compte, dans l'étiologie de ces lésions, des causes générales prédisposantes qui ont modifié, à ces deux époques, l'organisme du soldat de manière à lui enlever une partie de sa force de réaction.

Pendant l'hiver de 1854-1855, remarque M. Valette, le mercure a oscillé au voisinage de la température de la glace fondante, et n'est descendu qu'une fois à 12° centigrades; l'intensité du froid n'a rien eu d'excessif; cependant les cas de congélation ont été aussi nombreux et aussi graves que pendant l'hiver de 1855-1856, où le thermomètre s'est toujours maintenu très-bas, et a même indiqué, à plusieurs reprises, 22° au-dessous de zéro. Cette singularité s'explique par la différence des conditions d'hygiène dans lesquelles s'est trouvée l'armée française pendant le premier et le deuxième hiver.

M. Valette reconnaît cinq degrés dans les congélations : depuis la simple engelure non ulcérée jusqu'au sphacèle d'une portion plus ou moins considérable d'un membre. Plusieurs de ces degrés ont différentes formes; M. Valette les étudie successivement, en note avec détails les caractères, en signale les complications les plus fréquentes : telles que la diarrhée, la bronchite sans mouvement fébrile, le scorbut, le typhus, quelquefois une hydropisie ascite, plus rarement le tétanos, et fait connaître la médication qui, dans les divers cas, doit être dirigée à la fois contre l'état local et contre l'état général.

M. Valette termine son mémoire par des considérations dont le but est de déterminer les cas où le médecin doit, dans les congélations, se décider à amputer. S'appuyant sur l'expérience du passé, sur plusieurs observations qu'il a recueillies lui-même dans son service et sur les préceptes des maîtres, M. Valette pose ce principe qu'il faut, en général, s'abstenir d'amputation dans les cas de congélation locale, et réserver aux efforts réparateurs de la nature, tout en y aidant par des soins généraux et locaux, le travail de l'élimination des parties mortes ; que néanmoins cette règle générale comporte des exceptions, et qu'il faut amputer :

1° Lorsque le trismus se déclare chez un congelé assez profondément débilité pour que les évacuations sanguines soient évidemment contre-indiquées ;

2° Quand la congélation au quatrième degré est compliquée d'une diarrhée ancienne et rebelle aux moyens thérapeutiques ;

3° Quand le sphacèle irrévocable des deux pieds est annoncé par l'apparition d'un cercle brunâtre à l'extrémité inférieure des deux jambes.

CONGÉLATIONS.—Des congélations au point de vue de leur traitement par les opérations, par M. *Maupin*, mé-

decin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, t. XIX, p. 265.

Pour M. Maupin, les congélations, en Orient, ont également présenté deux phases, et chaque phase a eu sa physionomie spéciale.

Pendant l'hiver de 1854-1855, congélations survenues quelquefois d'emblée, mais le plus ordinairement d'une manière progressive, sous l'action prolongée du froid humide et presque toujours compliquées de scorbut, de diarrhée ou dyssenterie chronique et de l'usure plus ou moins radicale de la constitution; conditions d'autant plus fâcheuses, qu'elles livrent le malade, sans puissance de réaction, à tout le méphitisme de nos hôpitaux, paralysent, dans la généralité des cas, les effets de l'art quels qu'ils soient, et font, à de rares exceptions près, échouer toute opération qui n'est plus la simple régularisation des effets de la nature.

Pendant la première période de l'hiver de 1855-1856, congélations subites comme le froid extrême qui les produit. Des hommes atteints par le froid, les uns sont déjà dans les ambulances et rentrent, sous ce point de vue, dans la catégorie des congelés de 1854-1855; les autres sont dans une meilleure situation de santé et sont, en général, moins gravement frappés; la plupart d'entre eux conservent leur force de réaction, de plus, au moment où les congelés de cette série paraissent dans les salles, celles-ci, occupées depuis six semaines par un moins grand nombre de malades, sont sensiblement moins insalubres, circonstance favorable à la guérison comme au succès des opérations.

Pendant la deuxième période de l'hiver de 1855-1856, la majorité des congelés le sont dans les ambulances; au moment où ils arrivent dans les hôpitaux, le travail d'élimination est terminé et celui de réparation commence. L'empoisonnement des salles, un instant ravivé par le typhus, a notablement baissé de nouveau. La guérison, sans opérations, des lésions déterminées par le froid, ou les opérations indiquées par celles-ci, ont des chances de succès; mais les mauvaises conditions de santé de la généralité de ces congelés sont là qui livrent le succès du traitement et des opérations à toutes les éventualités d'une pareille situation.

De l'exposé de ces faits, M. Maupin établit que dans les revers si nombreux et dans les opérations exceptionnellement heureuses auxquelles les congélations de 1854, 1855 et 1856 ont donné lieu, l'étendue de la lésion, sa profondeur, ont sans doute contribué à produire des résultats funestes, mais que les dispositions individuelles et les conditions hygiéniques si regrettables de nos hôpitaux ont eu sur ces résultats l'influence la plus puissante et ont produit la plus notable partie du mal. A ce point de vue, le travail de M. Maupin est le complément de celui de M. Valette, et se termine par des considérations et des conclusions analogues à celles que présente ce dernier mémoire, sur la conduite à tenir par le chirurgien, dans les divers cas de congélation.

CONGRÈS OPHTHALMOLOGIQUE. — Rapport adressé à S. Ex. le Ministre de la guerre sur les faits recueillis au congrès ophthalmologique de Bruxelles

sur l'ophthalmie militaire, par MM. *Laveran* et *Lustreman*, médecins principaux de 1re classe, professeurs à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XX, p. 1.

CONSEIL DE SANTÉ. — Note du Conseil de santé relative aux précautions à prendre pour prévenir, autant que possible, les accidents consécutifs auxquels les entorses du pied donnent souvent lieu, t. V, p, 340. — Instruction du Conseil de santé à l'effet de guider les troupes dans la composition de leur régime alimentaire, *ib.*, p. 343.— Rapport adressé par le Conseil de santé au Ministre de la guerre sur le traitement de la gale, t. IX, p. 327. — Moyens d'exécution pour le Conseil de santé relatifs à la statistique médicale de l'année, t. XII, p. 1.— Instruction rédigée par le Conseil de santé pour l'armée d'Orient, t. XIII, p. 447. — Sommaire des précautions à prendre pour conserver la santé des troupes en Orient, *ib.*, p. 499. —Instruction du Conseil de santé sur les mesures hygiéniques applicables aux camps destinés à recevoir les troupes revenant d'Orient, t. XVII, p. 444. — Instruction du Conseil de santé sur l'emploi des eaux minérales naturelles et sur le service des hôpitaux thermaux militaires, t. XIX, p. 385. —Liste des travaux scientifiques adressés au Conseil de santé, t. XXI, p. 457, t. XXII, p. 453.

CONSTANTINE. — Note sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville pendant les mois d'août, septembre et octobre 1854, par M. *Besnard*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire, t. XVI, p. 217. — *Voy.* CHOLÉRA.

CONSTANTINOPLE. — Des congélations observées dans cette ville pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. *Legouest*, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, t. XVI, p. 275. —*Voy.* CONGÉLATIONS.

CONSTANTINOPLE. — Notice sur quelques maladies

mixtes observées dans les hôpitaux de Constantinople, par M. *Barudel*, médecin-major à l'armée d'Orient, t. XIX, p. 132.

Pendant la 2e année de notre occupation, la Crimée a évacué sur Constantinople des milliers de malades chez lesquels les fièvres à quinquina, les affections intestinales graves, le scorbut et le typhus ne furent pas les seules maladies que la médecine eut à combattre. En effet, en même temps que l'on observait celles-ci, on rencontrait encore d'autres affections *mixtes*, véritables maladies composées résultant de la présence, comme éléments morbides, chez le même individu, des maladies énumérées ci-dessus. Cette alliance était rendue facile, car les maladies de Crimée étaient éminemment aptes à entrer en rapport les unes avec les autres. Le diagnostic des maladies composées, leur marche et leur traitement constituaient une étude très-difficile.

C'est la dyssenterie, le typhus et le scorbut qui ont été le plus souvent modifiés par les affections les plus diverses; le typhus par le choléra et des cholérines souvent mortelles; le scorbut, par presque toutes les maladies qui ont été observées. Le typhus, représentant le summum d'intoxication par émanations animales, a dû facilement entrer en rapport avec les autres maladies d'origine miasmatique, soit végétale, soit animale ; fièvres intermittentes, diarrhée, dyssenterie, fièvre typhoïde; plaies compliquées de pourriture d'hôpital. Il en a été de même du choléra, du scorbut précurseur du typhus en Crimée.

Les maladies dont l'alliance a formé le plus souvent des maladies mixtes sont: 1° Les pyrexies intermittentes qui ont été unies sous toutes leurs formes possibles au scorbut, aux cholérines, aux endocardites, aux névralgies, aux rhumatismes les plus tranchés;

2° Les fièvres rémittentes qui s'allièrent sous une forme asthénique aux diarrhées, aux dyssenteries, au scorbut, aux congestions hépatiques, surtout au typhus, pour former, dans ce dernier cas, le typhus rémittent que modifiait avantageusement le sulfate de quinine;

3° Les fièvres pernicieuses qui se montrèrent au printemps et en été chez les malades atteints d'érysipèle, de scorbut, de rhumatisme, etc.

4° Les fièvres typhoïdes qui s'accompagnèrent de parotidites gangréneuses, de broncho-pneumonies, et frappèrent un grand nombre de scorbutiques ;

5° Les dyssenteries, les entéro-colites aiguës unies dans leur marche au scorbut, au typhus, aux pneumonies, aux pleurésies, sous une forme asthénique, surtout en hiver ;

6° Le scorbut qui eut le privilège de pouvoir s'associer à toutes les autres maladies;

7° Enfin le typhus, la dernière dans l'ordre d'apparition des maladies qui ont frappé les armées alliées, et qui s'associa souvent au scorbut et au choléra, qui, après avoir disparu, quand il n'était pas funeste, laissait suivre son cours régulier à la maladie primitive, après l'avoir seulement interrompue pendant sa propre durée.

Les maladies saisonnières compliquaient encore souvent, soit les

maladies générales, soit les maladies mixtes; c'est ainsi qu'en hiver le typhus, le scorbut, étaient escortés d'angines, de laryngites, de pneumonies, parfois de congélation. En été, les dyssenteries, les fièvres rémittentes ou intermittentes s'accompagnaient d'ictères, d'embarras gastriques, de diarrhées bilieuses. En automne, les dyssenteries marchaient avec des scorbuts graves, des cholérines, etc.

Des phénomènes intermédiaires révélaient le passage d'une maladie à une autre ou la complication nouvelle; difficiles à apprécier, ils devaient tenir toujours éveillée l'attention du médecin obligé de contrôler chaque jour son diagnostic de la veille.

Dans les affections mixtes, les symptômes se succédaient comme il suit: les premiers phénomènes de la maladie intercurrente se confondaient d'abord avec ceux de la maladie en voie de traitements qu'ils aggravaient; puis la période intermédiaire constituait un état morbide formé, par parties plus ou moins égales, des caractères de l'une et de l'autre, jusqu'à ce que la maladie nouvelle éclipsât la première. Lorsque la maladie, la dernière en date, avait été la plus grande, après qu'elle avait suivi son cours ou cédé au traitement, la maladie première en date reparaissait avec ses caractères.

La thérapeutique devait se transformer en présence de ces conditions toujours nouvelles, presque toujours graves; et les médications les plus rationnelles, dirigées contre un état morbide bien dessiné, devaient céder la place à des moyens mieux appropriés aux circonstances. Le traitement tonique avec alimentation abondante devait, par exemple, céder le pas aux éméto-cathartiques, aux sédatifs, au sulfate de quinine, etc. Plus tard on devait revenir au traitement primitif.

Les méthodes de traitement ont dû, en un mot, être mixtes, comme l'étaient les maladies.

CONSTITUTION MÉDICALE.—Note sur la constitution médicale de l'été de 1846, d'après les maladies observées à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, par M. *C. Broussais*, médecin en chef de cet établissement, t. II, p. 210.

Cette note se rattache à un mémoire de M. Julienne ayant pour titre: *Note sur les affections gastro-intestinales bilieuses observées au 30e de ligne, en garnison à Mézières.* (Voir le t. II, p. 186 du recueil). L'auteur, à cette occasion, fait quelques rapprochements basés sur ses propres observations.

CONSTITUTION MÉDICALE. — Climatologie et constitution médicale de la campagne et de la ville de Rome en 1849 et 1850, par M. *Armand*, chirurgien aide-major au 36e régiment d'infanterie de ligne, t. VII, p. 146.— Rapport sur la constitution médicale

d'Andrinople, par M. *Cazalas*, médecin-major de 1re classe, t. XIV, p. 1.

CONTREJEAN, *chirurgien sous-aide-major* (1). — Observation d'hydarthrose de l'articulation tibio-fémorale gauche, t. XI, p. 102.

CORDIER (Achille), *chirurgien aide-major de 1re classe à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr* (2). — Mémoire sur l'emploi du vésicatoire le long du canal de l'urètre dans la blennorrhagie et sur ses avantages dans l'épididymite et l'orchite, t. VIII, p. 192.

CORBIN, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Mostaganem* (3). — Observation de plaie péri-articulaire par arme à feu, recueillie dans son service, t. XI, p. 166.

CORIARIA MYRTIFOLIA.—Note sur divers cas d'empoisonnement en Algérie par le fruit de cet arbuste, t. XII, p. 232. — *Voy.* EMPOISONNEMENT.

CORNE, *chirurgien sous-aide-major* (4). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

CORNÉE. — De l'influence du galvanisme sur les taches de la cornée, par M. *Champenois*, médecin aide-major au 7e de ligne, t. XII, p. 335. — *Voy.* ELECTRICITÉ.

CORPS ÉTRANGERS. — Extraction d'un corps étranger de l'articulation fémoro-tibiale gauche, pratiquée par M. *Negrin*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire

---

(1) Médecin major de 2e classe à l'artillerie à cheval de la garde impériale.

(2) Médecin major de 1re classe aux hôpitaux de l'Algérie.

(3) Admis à la retraite.

(4) Médecin major de 1re classe au service hospitalier.

de Rennes, observation recueillie par M. *Leuret*, chirurgien aide-major de 1re classe, t. VI, p. 296.

Vers le milieu du mois de mars 1844, un grenadier du 59e de ligne fait une chute sur le genou gauche : un gonflement considérable de cette articulation survient et nécessite un repos complet et l'emploi des émollients et des résolutifs pendant une quinzaine de jours. Peu de temps après avoir repris son service, ce militaire éprouve, au genou gauche, une douleur vive pendant les mouvements de progression, et reconnaît qu'un petit corps mobile existe dans cette articulation et peut facilement glisser depuis le côté interne de la rotule jusqu'au milieu du jarret. Le retour fréquent de la douleur l'oblige à entrer à l'hôpital le 3 juin, deux mois et demi après sa chute.

Le chirurgien en chef, M. Négrin, chercha d'abord, au moyen d'un bandage, à fixer ce corps en dehors des surfaces cartilagineuses, au-dessus de la rotule, et à provoquer son adhérence avec les parties molles environnantes; l'inutilité de ses essais et les instances pressantes du malade le décidèrent à recourir à l'extraction.

L'opération est pratiquée, le 17 juin, et ne présente rien de particulier : le membre est maintenu dans l'extension ; des irrigations froides sont continuées pendant onze jours; aucun accident ne se déclare, et la guérison est complète le 17 juillet.

Le corps étranger a le volume et la configuration d'un cotylédon d'une fève de marais; sa composition est analogue à celle des os.

Dans une note qui suit cette observation, M. Marchal (de Calvi) cite le cas d'un personnage de ses amis âgé de quarante-huit ans, qui, étant au collége, fit une chute sur le genou et, après plusieurs années, s'aperçut de l'existence d'un petit corps mobile dans l'articulation lésée à l'époque de la chute.

Chez ce personnage, le corps étranger n'a pas été extrait, et la douleur qu'il éprouve de sa présence se produit généralement quand il monte ou descend un escalier. Ce fait donne lieu, de la part de M. Marchal (de Calvi), à quelques réflexions sur le mode de formation de ces corps étrangers et sur la conduite à tenir pour les extraire.

CORPS ÉTRANGERS.—Mémoire sur la nécessité d'extraire immédiatement les corps étrangers et les esquilles dont la présence complique les plaies par armes à feu, par M. *Hutin*, chirurgien en chef de l'Hôtel impérial des Invalides, t. VII, p. 175.

M. Hutin pose en principe que, dans le pansement des plaies par armes à feu, l'un des premiers soins du chirurgien doit être d'extraire le plus tôt possible les corps étrangers et les fragments osseux. Son travail sur cette importante question est le résultat de son expérience personnelle, formée pendant quatorze années passées sur le théâtre de la guerre et mûrie par ses observations de chaque jour à l'Hôtel impérial des Invalides.

Le mémoire de M. Hutin se divise en trois parties.

Dans la première partie, l'auteur énumère les diverses espèces de corps étrangers qui sont, tantôt les projectiles eux-mêmes, tantôt des substances qu'ils ont poussées devant eux et entraînées dans leur course, tantôt des objets qu'ils ont heurtés sur leur route et dont les fragments, projetés avec violence, sont devenus à leur tour des agents vulnérants.

Le plus généralement, dit M. Hutin, on ne trouve guère dans les chairs que des agents de la première espèce; assez souvent, cependant, ils sont accompagnés de quelques-uns de ceux de la seconde; et dans certains cas, on en trouve des trois ordres réunis.

Ces corps pénètrent plus ou moins profondément, suivant des conditions déterminées de distance et de propulsion, et de leur action sur les tissus résultent des troubles qui varient suivant la *composition, la forme, le volume* et *la position* de ces corps.

A l'appui des considérations qu'il fait valoir sur les suites fâcheuses de la présence des corps étrangers, M. Hutin cite les observations de vingt-deux cas de plaies par armes à feu, dans lesquels des projectiles variés, tels que balles, lingots de cuivre, clous, ou des substances diverses, telles que fragments de verre, de drap, de feutre, débris de toile, etc., séjournèrent dans les tissus, y entretinrent pendant plus ou moins longtemps la suppuration et la douleur, et dont l'issue, provoquée par la nature ou par l'art, fut bientôt suivie d'une entière guérison.

De ces observations, dont il juge inutile d'augmenter le nombre, l'auteur conclut que, si des corps étrangers séjournent parfois sans inconvénients notables dans certaines parties, ces cas sont rares comparativement aux autres, et jamais exempts de gêne au moins intermittente;

Que ce séjour amène ordinairement des accidents consécutifs qui nécessitent l'extraction ultérieure et forcent ainsi les patients à subir de nouvelles douleurs;

Que ces accidents sont, dans un temps donné, inséparables de la présence des corps qui, par leur nature, ne partagent pas l'espèce d'immunité relative dont le plomb jouit parfois, mais rarement;

Que c'est donc rester dans une incertitude blâmable que d'abandonner à la nature l'élimination des corps étrangers, et que c'est exposer les blessés à des maladies ou à des infirmités dont la durée, l'intensité, les conséquences peuvent être sérieuses, et dont l'appréciation anticipée est impossible.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Hutin traite des esquilles, dont l'extraction, repoussée par quelques praticiens, lui paraît être une règle générale dont les exceptions sont excessivement restreintes.

A l'exemple de Dupuytren, l'auteur distingue les esquilles en *primitives*, *secondaires* et *tertiaires*, et définit, dans des articles spéciaux, les caractères de chacune de ces espèces d'esquilles. A ses yeux, les esquilles primitives sont de véritables corps étrangers, même celles que recouvrent encore des lambeaux de muscles et d'autres tissus, et on doit les enlever avec soin, autant que possible.

Plusieurs praticiens, cherchant à étendre à tous les tissus les tentatives de réparation, ont recommandé la conservation des esquilles secondaires. M. Hutin signale les inconvénients de cette pratique et les dangers qui peuvent en résulter pendant la formation du cal. S'appuyant de l'opi-

nion de plusieurs chirurgiens éminents, tels que Bégin, Roux, Baudens, etc., il conclut que, dans les plaies par armes à feu, on doit extraire, autant que possible, toutes les esquilles mobiles, détachées ou non. Deux séries d'observations cliniques, l'une relative aux esquilles non extraites, l'autre relative aux esquilles extraites, et les résultats nettement tranchés de l'une et de l'autre confirment ce précepte. Ces observations démontrent : les unes, que les portions d'os non extraites finissent, tôt ou tard, par engendrer un travail éliminatoire toujours douloureux, souvent dangereux, quelquefois mortel; les autres, que l'extraction immédiate des esquilles est suivie de guérison définitive et, relativement, très-prompte.

Quant aux esquilles tertiaires, l'auteur les regarde comme tout à fait distinctes de celles des deux premières espèces. Les esquilles tertiaires ne sont pas formées instantanément par les corps vulnérants, elles ne sont détachées des os qu'à la longue, par suite d'un travail d'absorption et d'élimination dont il est impossible de préciser l'époque et la durée. Le chirurgien n'a donc pas à s'en inquiéter, puisqu'elles n'existent pas pour lui; lorsqu'elles se manifesteront, la nature créera les mêmes besoins d'extraction et saura bien dire que l'heure en est venue.

Dans la troisième partie de son mémoire, M. Hutin s'occupe de l'extraction et de la manière de la pratiquer méthodiquement. L'exploration en est le premier temps; l'auteur fait remarquer l'exagération des inconvénients qu'on reproche à cette opération délicate, indique les soins et les précautions qu'elle exige, les instruments qu'elle réclame et que le doigt, quand on peut l'introduire dans la plaie, remplace toujours avec avantage, et termine par la citation d'un exemple frappant de la possibilité de l'existence de plusieurs projectiles dans une même plaie, et de la nécessité de procéder à leur recherche au moment le plus opportun.

CORPS ÉTRANGERS. — Observation sur l'extraction d'un fragment de lame de couteau ayant séjourné pendant quatre ans dans les fosses nasales, à la suite d'un coup reçu dans une rixe, recueillie à l'hôpital militaire de Perpignan, par M. *Molinier*, chirurgien sous-aide-major, t. XIV, p. 291.

Un militaire du 67e de ligne est envoyé à l'hôpital pour un polype du nez. Les médecins constatent dans la narine droite la présence d'un corps de couleur noire, dur, résistant, aplati, et présentant un bord libre assez mince. L'idée d'un polype nasal est écartée, on suppose une nécrose du vomer ou de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et on en opère l'extraction.

On constate alors que le corps enlevé n'est autre chose qu'un fragment de lame de couteau recouvert d'une forte couche d'oxide de fer et de mucosités concrètes. Des renseignements antérieurs font connaître que ce militaire a reçu, quatre années auparavant, un coup de couteau qui lui avait fait à la base du nez une blessure dont il porte encore la cicatrice.

La lame du couteau s'était donc brisée dans la plaie et, après quatre ans, ce fragment s'était détaché de la partie osseuse dans laquelle il s'était implanté, pour venir apparaître dans la narine droite.

CORRÈZE (Département de la). — Des fièvres intermittentes qui règnent dans ce département, par M. *Eynaud*, médecin aide-major au 28e de ligne, t. XVI, p. 156.

CORYCOLURNINE. — Mémoire sur ce principe nouveau; nouvelle analyse du bergenin, par M. *L. Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 317.

Les fibres libériennes du Corylus Colurna et les cellules qui les accompagnent sont remplies d'une matière de couleur ambrée, soluble dans l'alcool à 85°, sur laquelle l'eau n'agit point. On peut extraire facilement ce principe en traitant par l'alcool bouillant l'écorce fraîche et abandonnant à lui-même le solutum évaporé en consistance de sirop un peu épais. Il se dépose, au bout de quelques jours, une matière granuleuse qui purifiée par l'eau et l'éther et reprise ensuite par de l'alcool faible, se dépose, par le refroidissement, sous forme cristalline.

Si, au lieu d'écorce fraîche, on voulait agir sur l'écorce sèche, on n'obtiendrait que peu de produit. Ce principe, qui se rapproche par certains caractères de la salicine et de la populine, se distingue franchement de cette dernière par sa saveur amère et son action sur les sels de plomb.

Séchée à 120 et soumise à l'analyse, elle a donné des résultats qu'il est possible de traduire par la formule $C^{18}H^{7}O^{8},2\ H\ O$ —.

Le jaune du quercitron ne diffère de la corycolurnine que par 3 parties de carbone en moins.

COTE CERVICALE chez l'homme, observation recueillie par M. *Pascal*, médecin principal et en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, t. IV, p. 175.

Un jeune soldat du 60e de ligne, âgé de 22 ans, d'une constitution profondément délabrée, succomba, le 5 février 1846, dans le service de M. Pascal, à une eutero-colite chronique à laquelle s'ajoutait une affection bronchique et pulmonaire également chronique.

A l'autopsie, on trouva une côte cervicale au côté droit du col, cette côte, partant de la septième vertèbre cervicale, et s'articulant avec cette vertèbre, s'appuyait sur son apophyse transverse droite et se dirigeait au-dessus de la première côte à laquelle des ligaments la rattachaient.

COUDE. — Mémoire sur les luxations latérales du coude,

par M. *Salleron*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Blidah, t. XV, p. 246. — *Voy.* LUXATIONS.

COUG, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Milianah* (1). — Observation de fracture directe de l'acromion, t. II, p. 303.

COULIER, *élève à l'Hôpital de perfectionnement* (2). — Recherches sur le sang, t. II, p. 336. — Mémoire sur les propriétés hygiéniques des étoffes qui servent à confectionner les vêtements militaires, t. XXI, p. 421. — Note sur un caractère microscopique constant des taches de sang, *ib.*, p. 440. — Note sur une étuve à courant d'air, *ib.*, p. 444.

CRANE. — Observations de deux fractures du crâne, recueillies par M. *Masse*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XVI, p. 387, 391. — *Voy.* ARMES A FEU.

CRÉTINISME. — Du recrutement, au point de vue du goître et du crétinisme, dans le département des Hautes-Alpes, par M. *Bories*, médecin aide-major au 45e de ligne, t. XII, p. 275.

CRIMÉE. — Du typhus en Crimée, par M. *Blanvillain*, médecin-major de 1re classe et médecin en chef de l'hôpital de la 2e division du 2e corps de l'armée d'Orient devant Sébastopol, t. XIX, p. 151.

Pendant la première année de son séjour devant Sébastopol, l'armée a fourni aux hôpitaux un grand nombre de fièvres typhoïdes, maladie qui offre des points de ressemblance avec le typhus, mais qui, par plusieurs et les principaux, en diffère essentiellement.

Les conditions morales de l'armée ont eu, sur la production de cette dernière maladie, une importance très-grande; des causes physiques très-énergiques se rencontraient dans la situation défavorable où se trouvait

---

(1) A quitté le service militaire.

(2) Pharmacien-major de 1re classe, professeur de chimie à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

placée l'armée : habitations insalubres, encombrement, alimentation mauvaise et insuffisante. La rigueur de l'hiver augmenta ces causes et fit éclater le typhus dans des proportions formidables. Les officiers, mieux logés, mieux nourris que les soldats, furent respectés par le typhus : ceux-là seuls que leurs fonctions appelaient près des typhiques ont pu payer de leur vie l'accomplissement de leur devoir.

Le typhus de Crimée était-il contagieux directement? Non, répond l'auteur; mais le typhus est contagieux indirectement, c'est-à-dire par l'absorption des miasmes produits par une agglomération de typhiques.

Le typhus de Crimée s'est caractérisé par une période prodromique, toujours fort courte, pendant laquelle se remarquaient déjà du désordre des idées, des hallucinations, de l'hébétude. Plus tard, ces mêmes symptômes s'aggravaient : alors survenaient la somnolence ou le délire, souvent furieux. La face s'altérait d'une façon caractéristique; la langue était couverte d'enduits, ou sèche et croûteuse; parfois il y avait du météorisme. Les pneumonies hypostatiques et les épistaxis, qui surviennent souvent vers la fin, présagent une issue funeste. Pas de taches sur la peau, non plus que de sudamina, de pétéchies. — Durée de six à dix jours. — Terminaison souvent funeste ; convalescence difficile.

Dans le typhus de Crimée, les caractères anatomopathologiques étaient à peu près négatifs.

Le traitement devait être surtout tonique. L'auteur l'ouvrait par un vomitif ou par un purgatif salin ; il administrait ensuite, comme tonique puissant, le sulfate de quinine, à un gramme ; donnait comme adjuvants des antispasmodiques ; plus tard, le vin de Porto, le fer et ses préparations, jamais d'émissions sanguines ; prescrivait le déplacement des malades par évacuation.

CRIMÉE. — Coup d'œil général sur la nature des maladies de l'armée de Crimée jusqu'à la fin de 1854, par M. *Grellois*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XVII, p. 269. — Lettre sur le typhus de Crimée, par M. *Baudens*, médecin-inspecteur, t. XVIII, p. 130. — Campagne de Crimée, par M. *Quesnoy*, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde, t. XX, p. 274.

CROUIGNEAU, *chirurgien sous-aide-major* (1).— Recherches sur les épidémies de la Rochelle, et particulièrement sur celle qui a régné en 1843, t. I, p. 1.

CUISSE. — Recherches sur le résultat des fractures de

(1) A quitté le service militaire.

la moitié supérieure de la cuisse dont se compliquent les plaies par armes à feu, par M. *Hutin*, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, t. XIV, p. 252. — *Voy.* FRACTURES.

CUTICULE, CUTICULOSE. — Nature de la cuticule; son rôle dans l'organisme de l'ovule; sa physiologie; nouveau principe immédiat: la cuticulose, par M. *L. Garreau*, pharmacien aide-major de 1re classe, professeur à l'hôpital militaire de Lille, t. VI, p. 302.

Plusieurs auteurs admettent que la cuticule, dans laquelle on ne rencontre aucune trace d'organisme est une matière inerte, sécrétée par l'épiderme et étendue sur toute sa surface. Plus tard, Hugo Mohl s'arrêta, avec doute, il est vrai, à l'idée que la cuticule était due à un changement chimique survenu dans une certaine épaisseur des parois externes et latérales des utricules épidermiques et dans la fusion complète des points de jonction. Ce serait ainsi une matière complétement inerte. M. Ad. Brongniart, en la faisant connaître, admet que le rôle de la nouvelle membrane était de préserver les parties sous-jacentes du contact des agents extérieurs.

La cuticule a été examinée sur un grand nombre de plantes; seulement on ne l'a pas étudiée sur les jeunes organes, et on n'a pas cherché l'époque à laquelle on commence à la distinguer. Ce point est très-important, car il peut décider si la cuticule est une sécrétion, ou si elle provient d'une transformation des utricules de l'épiderme.

L'auteur a constaté sa présence, non-seulement sur les organes des plantes qui sont en contact avec les agents extérieurs, mais encore sur les placentaires et les ovules, longtemps avant la fécondation. Il suffit, pour cela, d'arracher ces petits organes et de les plonger dans une goutte d'acide sulfurique concentré: les utricules se dissolvent, et la cuticule se montre nettement et dans ses rapports naturels.

On peut obtenir aisément la cuticulose pure des pétales de roses pâles, qu'on fait d'abord infuser pour les débarrasser en partie de la matière colorante; on délaie ensuite 500 grammes de fleurs dans 1,000 grammes d'acide sulfurique; on ajoute au bout de quelque temps une nouvelle quantité d'acide; puis on verse le mélange dans une très-grande quantité d'eau: la cuticule qui surnage est traitée successivement par l'eau distillée, la potasse, l'acide chlorhydrique faible et l'éther.

La cuticule brûle avec une flamme blanche éclatante et fumante, en laissant un charbon compact.

La combustion de ce corps conduit à le représenter par la formule $C^{17}H^{15}O^{5}$, qui, à part l'oxygène, représente celle du caoutchouc.

Cette membrane étant la seule qui se recouvre de matière grasse, pourrait bien, en raison même de sa composition, être l'organe qui la sécrète.

Elle jouit de propriétés endosmiques prononcées, et on doit la considérer comme un organe plus ou moins actif d'absorption.

CUVELLIER, *chirurgien-major au 62e de ligne* (1). — Apoplexie de la protubérance annulaire, paralysie, effet croisé, t. XI, p. 262. — Notice topographique sur le cercle de Guelma, t. XVI, p. 47.

CYANURE DE MERCURE. — Nouvelles combinaisons de cyanure de mercure, par M. *Poggiale*, pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, t. I, p. 340.

Ces recherches font suite au mémoire du même auteur, publié en 1845, sur divers sels doubles formés par la combinaison de sels haloides entre eux ou avec des oxysels.

Le cyanure de mercure possède, comme le bichlorure de mercure, des propriétés électro-négatives, et se combine facilement avec les bromures, les chlorures, les iodures et les oxysels.

Ces sels sont faciles à obtenir, cristallisent aisément et se préparent généralement en ajoutant du cyanure de mercure à une dissolution de chlorure, etc., saturée à froid, filtrant et faisant évaporer à une douce chaleur.

On les a analysés en déterminant successivement la proportion de mercure métallique, celle du sel métallique et enfin celle de l'eau de cristallisation.

Leur composition varie peu, et le plus généralement ils résultent de la combinaison d'équivalents égaux de sels. Quelquefois celui du cyanure de mercure est double; quelques-uns sont anhydres.

Cyanure de mercure et chlorhydrate d'ammoniaque.	$2HgGy, NH^3, HCl$.
Cyano-chlorure de mercure et de sodium . .	$HgCy, NaCl$.
— barium. . .	$HgCy, BaCl. + 4HO$.
— strontium .	$2HgCy, SrCl. + 6HO$.
— calcium . .	$2HgCy, CaCl. + 6HO$.
— magnesium	$2HgCy, MgCl. + 2HO$.
— manganèse	$HgCy, MuCl. + 3HO$.
— zinc. . . .	$2HgCy, ZuCl. + 6HO$.
— nickel. . .	$HgCy, NiCl. + 6HO$.
— cobalt. . .	$H^9Cy, 2CoCl. + 4HO$.
Cyanure de mercure et bichlorure de mercure	$HgCy, HgCl$.
— formiate d'ammoniaque	$HgCy, C^4H^3O^3, AzO^3$.
— iodure de calcium.	$2HgCy, CaI + 6HO$.
— chromate de potasse.	$2HgCy, KOCrO^3$.

(1) Médecin principal de 2e classe à l'hospice civil de Grenoble.

CYSTITE. — Observation de cystite chronique; poche urineuse entre la vessie et le rectum, par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VIII, p. 177.

Un officier de cavalerie entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 3 novembre 1841, dans un état d'émaciation extrême et en proie, depuis longtemps, à des souffrances dont le siége est à l'hypogastre. L'émission de l'urine détermine des épreintes intolérables derrière la symphyse pubienne; l'excrétion de ce liquide est fréquente et fractionnée; la vessie ne se vide qu'incomplétement.

Un traitement antiphlogistique et des moyens variés n'ont amené aucun changement. Tout à coup, après un calme de peu de durée, des paroxysmes effrayants surviennent; l'urine est purulente, verdâtre et boueuse; des vomissements bilieux et abondants se montrent et se renouvellent presque sans interruption. Un état typhoïforme se manifeste, et le malade succombe.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse gastrique et intestinale ardoisée et ramollie; la vessie est formée de deux poches superposées, dont la supérieure, plus petite, est la vessie même très-atrophiée, et dont l'inférieure, tapissée par une fausse membrane, semble avoir été formée par la fréquence même des cathétérismes, dont le malade a si longtemps abusé.

D

DAGA, *médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire d'Aumale* (1). — De l'angine pseudo-membraneuse et de l'angine gangréneuse, t. XIV, p. 141. — Des phlegmasies aiguës des organes respiratoires à Alger, t. XVII, p. 231.

DEJAGHER (2). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

DELMAS, *médecin-major de 1re classe, secrétaire adjoint du Conseil de santé des armées* (3). — Discours prononcé

---

(1) Médecin major de 1re classe.
(2) A quitté le service.
(3) Mort regretté de tous.

le jour de ses obsèques par M. *Riboulet*, médecin principal de 1re classe, secrétaire du Conseil de santé, t. XXII, p. 440.

DEMORTAIN, *pharmacien-major* (1).—Analyse chimique des eaux de Bone, t. IV, p. 227.

DERME CHEVELU. — Impetigo granulata du derme chevelu (teigne granulée), guérison par le vésicatoire, l'épilation et la teinture d'iode iodurée, par M. *Guipon*, médecin aide-major au 13e de ligne, t. XII, p. 346.— *Voy*. IMPETIGO.

DÉSARTICULATION. — Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès au moyen de l'éthérisation, par M. *Hénot*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, t. VI, p. 93.

Après avoir esquissé rapidement l'histoire de la désarticulation coxo-fémorale et rappelé les noms des habiles chirurgiens qui la pratiquèrent, M. Hénot expose le fait chirurgical qui est l'objet de son mémoire.

Un infirmier militaire, âgé de 26 ans, fit, le 4 septembre 1844 au soir, une chute d'environ dix mètres dans l'un des fossés de la place de Longwy. Une forte commotion suivie de larges ecchymoses et d'une tuméfaction considérable de la cuisse droite furent les seuls résultats de cet accident. Le blessé, doué d'un moral énergique, ne se décida qu'avec peine à entrer à l'hôpital et en sortit prématurément après un traitement de dix jours, qui avait produit une sensible amélioration; mais il fut obligé d'y rentrer deux autres fois, le 13 décembre 1843 et le 3 novembre 1846. Plusieurs abcès symptomatiques se formèrent dans diverses régions de la cuisse; une altération organique se développa sourdement et lentement dans le corps du fémur droit.

Le blessé, qui, chaque fois qu'il éprouvait du soulagement, reprenait courageusement son service, reçut, à la fin de février 1847, l'ordre de se rendre de l'hôpital de Longwy à celui de Metz, et ne craignit pas de faire la route à pied.

Accablé de fatigue et de souffrance à son arrivée à Metz, le blessé resta huit jours à la chambre, puis entra, le 2 mars, dans le service des blessés, et fut dès lors confié aux soins de M. Hénot.

Après avoir donné ces renseignements commémoratifs, l'auteur rend

---

(1) Pharmacien principal de 2e classe en chef à l'hôtel impérial des Invalides.

compte du résultat de ses propres observations, soit relativement au diagnostic de la tumeur du fémur, à l'examen des altérations osseuses locales et à celui de l'état général du malade, soit relativement aux effets du traitement et du régime qu'il a prescrits.

Le 12 mai, l'état général du blessé présentait une amélioration sensible; mais l'état local était resté stationnaire. L'opportunité d'une grande opération parut évidente; toutefois elle fut différée jusqu'au 25 mai, dans l'attente de l'arrivée prochaine des inspecteurs du service de santé, dont M. Hénot désirait recueillir les avis éclairés dans une circonstance aussi grave.

Au jour fixé, la désarticulation coxo-fémorale, que le malade avait acceptée avec courage, fut pratiquée en présence de MM. les inspecteurs, des médecins consultants, des sous-aides et des élèves de l'hôpital.

M. Hénot fait connaître, avec tous les détails que comporte un sujet aussi important, les motifs qui ont fait préférer la désarticulation coxo-fémorale à l'amputation de la cuisse au-dessous du trochanter; ceux qui ont déterminé le choix de la méthode qui fut adoptée, les circonstances qui accompagnèrent les périodes de l'éthérisation, de l'opération et du pansement, les résultats de l'examen anatomique de la cuisse droite amputée, et enfin la marche ultérieure du régime et des pansements jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie, qui eut lieu le 23 août, et la sortie du malade, qui, parfaitement guéri de la plus redoutable des amputations et jouissant d'une bonne santé, quitta, le 22 septembre, la salle des blessés, et fut transporté, dans les premiers jours de novembre, de Metz à Paris, où il fut admis à l'hôtel des Invalides.

En terminant son mémoire, M. Hénot présente des réflexions et des commentaires sur les diverses phases du fait chirurgical si remarquable dont il a donné l'observation, et entre, à ce sujet, dans des considérations générales qui lui paraissent de nature à servir à l'histoire clinique de la désarticulation coxo-fémorale, et que résument les conclusions suivantes :

1° Les faits authentiques de guérison obtenue par la désarticulation coxo-fémorale doivent encourager les praticiens à recourir à cette ressource chirurgicale extrême dans les cas graves où elle est indiquée.

2° Le conseil donné par M. Larrey de préférer cette désarticulation à l'amputation dans la continuité de la cuisse, à la partie la plus élevée, entre les trochanters, est un précepte judicieux confirmé par l'expérience.

3° La méthode à lambeaux est essentiellement pratique, puisqu'elle réunit les principales conditions de succès.

4° Le procédé à lambeaux, antérieur et postérieur de Boitard, offre, au moyen de quelques modifications, des avantages immédiats et consécutifs incontestables.

5° La ligature préalable de l'artère crurale commune est un acte de prudence, une excellente précaution qu'il ne faut pas négliger.

6° L'éthérisation, cet auxiliaire bienfaisant de l'art chirurgical, est parfaitement indiquée dans la désarticulation coxo-fémorale, opération caractérisée par la rapidité de son exécution et par l'acuité des douleurs qui l'accompagnent.

7o La réunion immédiate de la plaie doit toujours être tentée avec soin ; elle est nécessaire, en grande partie au moins, pour éviter les accidents dangereux de la suppuration.

8o La désarticulation coxo-fémorale, comparée à l'amputation de la cuisse dans la continuité, peut guérir à peu près dans les mêmes limites de temps, condition favorable de durée, eu égard à la différence d'étendue et de profondeur résultant des deux opérations.

9o Les lésions traumatiques récentes et graves, ainsi que les altérations organiques incurables, siégeant les unes et les autres à la cuisse, fournissent les indications de cette opération. Pratiquée pour les premières, elle a été rarement suivie de succès ; cependant elle ne doit pas être négligée, même dans les cas très-graves, puisqu'elle a réussi et que l'expérience indiquera sans doute des conditions plus favorables à son application dans ces sortes de lésions.

Employée pour les maladies chroniques et incurables, elle offre plus de chances de guérison quand les sujets ne sont pas épuisés par la fièvre hectique, et qu'il n'y a point de complication de diathèses constitutionnelles ou d'affections viscérales irrémédiables.

DÉSARTICULATION. — Coup de feu à l'épaule droite, désarticulation du bras, ligature consécutive de l'artère sous-claviculaire, par M. *Gama*, chirurgien-major, t. XI, p. 195, et t. XIV, p. 332. — *Voy.* ARTÈRES.

DÉSARTICULATION. — De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée, par M. *Legouest*, médecin-major, professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XV, p. 224.

M. Legouest a pratiqué une opération de cette nature à Constantinople. Le sujet était un soldat russe, blessé à la bataille de l'Alma d'un coup de feu dans les trochanters du côté gauche et transporté, quelques jours après, à l'hôpital de Péra. La plaie d'entrée se trouvait sur la région antérieure de la cuisse, à l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs ; celle d'extraction était située dans la fosse iliaque externe, à deux centimètres de la crête et vers son milieu. Le projectile était une balle cylindro-conique, presque complétement aplatie, creusée de sillons nombreux et paraissant cependant entière, malgré sa déformation. Les deux ouvertures laissaient écouler une sanie purulente, et le doigt, introduit dans la plaie d'entrée, reconnaissait que le fémur était complétement broyé.

L'amputation de la cuisse dans l'article fut décidée et pratiquée le 3 octobre par le procédé à lambeau antérieur, avec cette modification que toute la partie postérieure du membre fut circonscrite d'un coup de couteau n'intéressant que la peau et allant d'un coté à l'autre de la base du lambeau antérieur, suivant le trajet du pli de la fesse.

L'opération et le pansement nécessitèrent 9 ligatures, 18 points de suture entrecoupée, et durèrent 26 minutes ; la perte de sang peut être évaluée à 300 ou 400 grammes. Pendant les premiers jours, tout marcha bien du 15 au 31 octobre ; diarrhée intense avec douleur abdominale aiguë, refroidissement, lipothymies, etc., amélioration du 1 au 5 novembre, progrès de la cicatrisation, pansements rares. Du 16 novembre au 20 décembre, le traitement ne se composait plus que du régime, le blessé se promenait dans les corridors appuyé sur des béquilles et surveillé par un infirmier, sa guérison semblait certaine et son évacuation sur le Val-de-Grâce était accordée.

Le 20 décembre, il fit une chute en se promenant et tomba à la renverse sur son moignon, qui saigna abondamment ; dès lors le gonflement reparut, les points fistuleux se rouvrirent, la suppuration devint très-considérable, des alternatives de diarrhée et de vomissements avec douleur dans le flanc gauche se présentèrent, les lacunes de la cicatrice s'élargirent, de nouvelles hémorrhagies eurent lieu, la suppuration ne fut plus qu'un liquide roussâtre et fétide; enfin, après des selles très-nombreuses dans la nuit du 2 au 3 février, une douleur extrême se manifesta dans tout l'abdomen, et ne s'affaiblit que progressivement en même temps que le malade qui s'éteignit le 9 février, 4 mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouva les plus grands désordres dans les tissus du moignon, et un abcès, semblable à une caverne, s'étendant dans toute la fosse iliaque interne et pénétrant jusque dans le petit bassin. En examinant les parois de ce foyer, on reconnut un fragment de balle aplati, de l'épaisseur d'une pièce d'un franc, de la grandeur et de la forme de l'ongle du pouce ; cette lamelle était logée dans une petite fossette creusée dans l'os des îles, un peu au-dessus de la limite postérieure du détroit abdominal ; ainsi se trouvaient expliqués les phénomènes abdominaux qui avaient eu lieu pendant la vie.

A l'occasion de ce cas remarquable, M. Legouest a cherché à réunir tous les faits de désarticulation coxo-fémorale pratiquée à la suite de coups de feu, répandus dans les annales de sa science, ou non publiés.

Ce relevé, partagé en trois catégories, d'après l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre la blessure et l'opération, donne les proportions suivantes :

Désarticulations immédiates.	30	— guérisons 0	— morts 30
Désarticulations médiates. .	11	— guérisons 3	— morts 8
Désarticulations ultérieures.	3	— guérisons 1	— morts 2

A ces conséquences désastreuses, M. Legouest oppose les résultats que présente l'emploi des moyens de conservation du membre dans les cas de fracture du col du fémur ou des trochanters.

M. Legouest ne se dissimule pas la difficulté de rassembler les éléments de ce parallèle, et reconnaît la fâcheuse tendance qui porte les chirurgiens à faire plus grand cas d'une opération suivie de succès que d'une guérison obtenue par des soins assidus. Pour la réunion des faits de la première série, les désarticulations, dit M. Legouest, nous avons eu recours aux

publications scientifiques et à l'obligeance de mes confrères; pour la deuxième série, celle des résultats des moyens de conservation, nous avons voulu faire tout le contraire et ne nous en tenir qu'à notre expérience fort restreinte.

Quatre faits de fracture du col ou du trochanter par arme à feu sont sa propriété; deux autres appartiennent l'un au baron Larrey, l'autre à M. Sédillot. De ces six cas dans lesquels le membre a été conservé, trois ont eu une issue funeste, trois ont été amenés à une heureuse terminaison; par contre, sur quarante-quatre cas d'amputation de la cuisse dans la contiguité, notés par la science et pratiqués par les chirurgiens les plus habiles, c'est à peine si l'on peut compter quatre succès bien authentiques.

Du rapprochement de ces deux ordres de faits, l'auteur s'applique à faire ressortir un enseignement clinique et la règle de conduite à suivre dans les différentes lésions de même nature qui peuvent se présenter. Dans l'exposé de ces considérations sur ce sujet, M. Legouest s'attache aux principes d'une chirurgie sagement conservatrice et termine son mémoire par quelques observations sur les divers procédés opératoires de la désarticulation fémorale.

DESCHUTTELAÈRE, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Dellys* (1).—Observation d'amaurose incomplète, ancienne, par insolation; traitement par les vésicatoires volants et successifs autour de la tête, et les purgatifs, t. XVIII, p. 260. — *Voy.* AMAUROSE.

DESJARDINS, *chirurgien aide-major au* 10e *régiment léger* (2). — Observation de plaie pénétrante à l'articulation du genou par un instrument tranchant, t. XI, p. 149.

DESMORETS, *médecin aide-major au* 66e *de ligne* (3). — Observation de rupture des deux oreillettes du cœur, t. XVIII, p. 313.

DEVOT (4), *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de*

---

(1) Médecin aide-major de 1re classe au 6e bataillon de chasseurs à pied.

(2) Médecin major de 1re classe aux hôpitaux de la province d'Oran.

(3) Médecin major de 2e classe au 13e de ligne.

(4) A quitté le service militaire.

Montmédy.—Observation de ramollissement chronique de l'hémisphère cérébral droit, t. XVIII, p. 263.

DEUX-PONTS BÉRIGNY (A.). — *Voy.* BÉRIGNY.

DIACHYLON.—Mémoire sur l'efficacité des applications de diachylon gommé dans le traitement des ulcères et des plaies, par M. *Bryon*, médecin aide-major au 2e régiment de cuirassiers, t. XX, p. 399. — *Voy.* BANDELETTES.

DIPHTHÉRITE. — Relation d'une épidémie diphthéritique observée dans le 75e régiment de ligne, en garnison à Avignon, par M. *Lespiau*, médecin aide-major de 2e classe au 75e régiment de ligne, t. XIII, p. 169 à 230.

Ce travail a pour objet la description d'une épidémie diphthéritique observée dans le 75e de ligne, en garnison à Avignon et caserné à l'ancien palais des papes : sur un effectif moyen de 1686 hommes, 200 sont atteints de diphthérite ; la population civile, ainsi qu'une batterie d'artillerie occupant une caserne spéciale, sont épargnées. A l'exception des enfants de troupe, la maladie s'est montrée chez les diverses catégories de militaires, en raison inverse du bien-être matériel. Deux corps de bâtiments mal aérés ont été particulièrement frappés. La maladie s'est propagée par infection. L'épidémie a duré soixante-dix jours. Sur 200 diphthéritiques, 12 ont succombé. Le traitement a consisté à détruire les fausses membranes au moyen d'une solution concentrée de nitrate d'argent.

DIPHTHÉRITE.—Note sur la diphthérite, par M. *Fropo*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XVII, p. 392.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Le traitement par le bi-carbonate de soude, employé même à des doses élevées comme antiplastique, comme diluant du sang, est insuffisant pour modifier l'état général qui amène la formation des pseudo-membranes, et pour en arrêter la reproduction.

2° Tout en reconnaissant que, dans bon nombre de cas, soit par le fait de maladies antérieures qui ont altéré la constitution des sujets atteints de diphthérite, soit par le cachet adynamique que revêt l'affection, il y a impossibilité absolue d'employer, même au début de la ma-

ladie, les plus faibles émissions sanguines, il n'en faut pas moins reconnaître qu'elles sont très-utiles pour écarter les accidents inflammatoires qui peuvent compliquer la diphthérite, dont il ne faut jamais perdre de vue la spécificité.

3° Le traitement topique, malgré la défaveur dont il semblait devoir être frappé dans ces derniers temps, suffit à lui seul, au début surtout, pour arrêter les progrès de la diphthérite, et pour amener une modification capable d'empêcher la reproduction pseudo-membraneuse.

4° Dans la diphthérite qui a acquis un certain degré de gravité, et qui menace d'envahir rapidement l'arrière-gorge et l'arbre bronchique, il ne faut pas hésiter, tout en ayant recours, suivant les indications, soit aux émissions sanguines, soit aux alcalins et aux vomitifs, à employer hardiment, dès le début, des moyens thérapeutiques assez actifs pour cautériser les fausses membranes et modifier l'état des surfaces qu'elles ont dejà envahies.

DISSEZ, *chirurgien-major au* 61e *régiment de ligne* (1). — Observation d'un cas de rage, t. XVII, p. 136.

DISTRIBUTION DES PRIX. — Discours prononcé par M. *Lacauchie*, professeur, le jour de la distribution des médailles au Val-de-Grâce, le 28 octobre 1846, t. I, p. 362. — Discours prononcés par MM. *Marchal de Calvi*, professeur de physiologie normale et d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, et *Melcion-d'Arc*, intendant militaire, le jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, le 28 novembre 1847, t. III, p. 331 et 357. — Discours prononcé par M. *Michel Lévy*, médecin en chef, premier professeur, le 18 octobre 1848, à la distribution solennelle des prix du Val-de-Grâce, t. IV, p. 349. — Discours prononcés par MM. *Mounier*, professeur d'anatomie, et *de Launay*, intendant de la 1re division militaire, le jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, le 22 octobre 1849, t. V, p. 300 et 330.

DOBBÉ, *médecin-major au* 3e *de ligne* (2). — Observation

---

(1) Admis à la retraite.

(2) Médecin-major de 1re classe au 3e régiment des grenadiers de la garde impériale.

d'anévrysme variqueux du bras gauche traité par l'électro-puncture et la ligature, t. XII, p. 328. *Voy.* ANÉVRYSME. — Observation de tænia solium, t. XVII, p. 228.

DOBRUTSCHA.— Relation de l'épidémie cholérique dont la 1re division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha, en juillet et août 1854, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'ambulance, t. XV, p. 130. — *Voy.* CHOLÉRA.

DOIGTS — *Voy.* PLAIES.

DOSAGE. — Dosage du sucre de lait; — de l'acide carbonique ; — de la salicine. — *Voy.* ces mots.

DRAPIER. — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

DREYFUS, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Constantine* (1). — Observation de plaie par instrument piquant de l'articulation phalango-phalangienne du doigt annulaire gauche; infection purulente, t. XI, p. 141.

DUBOIS (JULES), *médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville.* — Observation de morve farcineuse chronique communiquée par infection et suivie de mort, t. XIX, p. 18.

DUFAY, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Cherchell* (2).—Observation d'éléphantiasis du scrotum, t. VIII, p. 259. — *Voy.* ELÉPHANTIASIS.

DUFOUR (Gustave), *médecin aide-major de* 1re *classe au*

---

(1) N'est plus au service.
(2) Médecin aide-major de 1re classe au 63e de ligne.

régiment de cuirassiers de la garde impériale (1).—Notice sur un lion tué en Algérie, examen nécroscopique, t. XVI, p. 403. — *Voy.* LION.

DUMAS (M.). — Sa lettre à M. le maréchal ministre de la guerre, à l'occasion de l'instruction du Conseil de santé des armées sur l'emploi de l'électricité, t. XXII, p. 4.

DUPIN (M.).—Discours prononcé par lui à l'inauguration du monument élevé à J.-D. Larrey au Val-de-Grâce, t. VI, p. 336.

DUPLAN (STANISLAS), *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Barèges* (2).—Mémoire sur l'emploi des eaux naturelles de Barèges dans le traitement des maladies des os, t. V, p. 132. — Mémoire sur les effets des eaux de Barèges dans le traitement des maladies des articulations, t. VI, p. 173. — Mémoire sur les effets des eaux de Barèges dans le traitement des tumeurs blanches, t. VII, p. 235.

DURAND (F), *médecin en chef de l'hôpital militaire de Tenez* (3). — Etudes statistiques sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume de la rate dans les fièvres intermittentes, t. V, p. 110.

DURE-MÈRE. — Plaie du sinus longitudinal de la dure-mère déterminée par une saillie osseuse ancienne et accidentelle, observation recueillie par M. *Hutin*, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, t. XIV, p. 232. — *Voy.* PLAIES.

---

(1) Médecin major de 1re classe au 7e de ligne.

(2) Admis à la retraite.

(3) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Vichy.

DURET (F.-J.-J.), *chirurgien-major de* 1re *classe* (1). — Observation sur une fracture de la clavicule et sur un nouveau bandage pour le traitement de cette fracture, t. II, p. 285.—*Voy.* FRACTURES.

DUSSOURT, *médecin-major de* 1re *classe* (2).—Notice topographique et médicale sur Orléansville, t. XII, p. 75. — Hydrophobie rabique communiquée à une négresse et à une Française par un chien et un chat, observation recueillie à l'hôpital militaire d'Orléansville, t. XVII, p. 138. — Autre observation d'un cas de rage, *ib.*, p. 143.

DYSSENTERIE. — Recherches sur la dyssenterie du nord de l'Afrique, par M. *Catteloup,* médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, t. VII, p. 1 à 146.

Après avoir donné un aperçu général de la topographie de l'Algérie considérée dans son ensemble, l'auteur passe en revue tous les modificateurs de l'économie et explique, au point de vue de l'étiologie de la dyssenterie, le mode d'action du climat, selon que le corps est soumis à une température élevée, constante et uniforme, ou troublée par des variations brusques, la vitesse de l'air mis en mouvement, l'état hygrométrique de l'atmosphère. Vient ensuite l'influence des saisons, des localités, des habitations, de l'alimentation, des boissons, de l'âge, de la constitution et du tempérament, des fatigues qui, comme le refroidissement, causent une véritable stase sanguine dans les dernières ramifications des vaisseaux et, par suite, une congestion pathologique dans le foie et dans la muqueuse intestinale, du gros intestin surtout. L'auteur fait voir la part que prennent dans la production de la dyssenterie les dispositions anatomiques et physiologiques, ainsi que les causes pathologiques, et il termine cette longue énumération par ce résumé : parmi les causes de la dyssenterie, les unes déterminent une irritation locale ou un trouble indirect sur les voies digestives, dont les fonctions deviennent surexcitées, languissantes ou perverties ; les autres, par l'accumulation du sang dans les viscères, sont une cause de congestion dans la partie inférieure du gros intestin. D'où deux conditions essentielles pour la production de la dyssenterie : 1° une irritation intestinale, suivie d'inflammation ; 2° un afflux de sang dans le gros intestin, une congestion sanguine permanente dans le tissu cellu-

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Strasbourg

laire sous-muqueux, congestion liée à l'inflammation et assez intense pour déterminer la sortie du sang hors de ses vaisseaux.

Huit observations suivies de réflexions sont présentées avec détail pour faire connaître les diverses formes de dyssenteries, depuis la plus légère jusqu'à la plus grave, les dyssenteries apyrétiques et les dyssenteries chez lesquelles prédomine l'élément inflammatoire, ou l'état chronique. La 8e observation est remarquable, comme présentant le fait d'une complication d'abcès du foie suivi de gangrène de l'organe hépatique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'auteur décrit les altérations en dehors de l'intestin, dans l'épiploon, le foie, la rate, les ganglions mésentériques et les vaisseaux, les désordres occasionnés par les perforations intestinales. Puis il présente celles qui appartiennent au gros intestin. Sept exemples donnés comme types font connaître les diverses altérations, depuis le degré le plus simple, où l'ulcération n'a pas encore envahi les vaisseaux capillaires de la muqueuse, ni les plaques rouges enflammées, jusqu'au degré le plus avancé, toutes les nuances, les formes et toutes les variétés qui peuvent se présenter entre ces deux extrêmes.

D'après ces états pathologiques, les altérations de la dyssenterie peuvent être comprises dans les degrés suivants:

1° Plaques rouges sur un fond de muqueuse de couleur normale ou grisâtre, parsemée d'une foule de petits points noirs, sans aucune trace d'ulcération au début.

2° Ulcérations superficielles. Boursoufflement de la muqueuse, rouge et sans consistance.

3° Ulcérations jusqu'à la fibreuse, bosselures et rigoles, formées par les plis de la muqueuse tuméfiée.

4° Toutes les tuniques, moins le péritoine, sont ulcérées et forment une bouillie putrélagineuse qui, en se détachant en lambeaux, laissent le péritoine à nu. Gangrène et perforation de l'intestin.

5° Fausse membrane sur toute la muqueuse, cas extrêmement rare.

6° Détachement de la muqueuse sous forme cylindrique ou d'un large ruban (deux exemples fournis par l'auteur dans le t. LVII du *Recueil*, page 66).

Dans la dyssenterie chronique, les parois de l'intestin sont amincies ou épaissies. On ne peut séparer les tuniques entre elles qu'au moyen de l'hydrotomie. Souvent il n'est pas possible de les distinguer à cause d'un épaississement en quelque sorte squirrheux. La muqueuse présente une sorte de pulpe ou de lavis très-épais, amorphe et noirâtre, recouvert de pellicules pseudo-membraneuses, surmontées de végétations et entourées d'ulcérations ou de cicatrices anciennes. Ces altérations s'observent également dans la diarrhée chronique.

L'auteur fait ensuite connaître le développement progressif de toutes ces altérations, depuis leur origine jusqu'au dernier degré du travail désorganisateur, jusqu'au moment où l'intestin, véritable cloaque où tous les

tissus sont dénaturés, noircis et plongés dans un liquide ichoreux, ne présente plus que l'aspect hideux d'une désorganisation profonde et irremédiable.

Au moyen de l'hydrotomie, on s'assure de l'existence constante des ulcérations, dans les cas où il y aurait doute.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les diverses formes de dyssenteries doivent être divisées d'après le degré des altérations anatomiques et selon que la maladie accomplit ses phases en un temps plus ou moins long. Quant à la description des symptômes, on peut admettre les trois formes, *légère*, *interne*, *grave*, qui correspondent assez bien aux altérations anatomiques, et la grande division, *dyssenterie aiguë*, *dyssenterie chronique.*

Que la diarrhée soit considérée en elle-même ou le symptôme de l'entéro-colite, elle constitue presque toujours la première période de la dyssenterie. Mais le moment où le trouble fonctionnel, appelé *diarrhée*, devient l'expression symptomatique de l'inflammation intestinale, est très difficile à saisir. Celle-ci devient *dyssenterie* par l'apparition des selles sanguinolentes. A l'état chronique, comme les altérations sont les mêmes dans les deux cas, il n'est pas possible de distinguer une dyssenterie chronique d'une diarrhée chronique.

L'auteur passe successivement en revue : 1° la douleur abdominale; 2° les évacuations alvines, leur nombre, leurs qualités physiques répondant aux divers degrés de la maladie; 3° les symptômes fournis par les appareils circulatoire, respiratoire, sensitif, nerveux, génito-urinaire. Il fait ensuite connaître la marche, les périodes, la durée, les terminaisons, pour passer à l'étude de la dyssenterie chronique.

COMPLICATIONS.

La dyssenterie s'associe de préférence aux affections qui, par leur siége, leur nature et l'influence des causes identiques, semblent davantage s'en rapprocher. C'est ainsi qu'elle est fréquemment liée, par des rapports de cause à effet, et *vice versa*, à des affections abdominales, aux maladies du foie et de la rate. Mais la plus fréquente est l'hépatite, avec ou sans abcès.

Le tableau suivant fait voir la grande part que prend le foie dans la dyssenterie :

Dyssenteries	1545	non terminées par la mort.
Hépatites.	254	
Décès.	240	après vérification nécroscopique.
Abcès du foie.	47	

Le foie se congestionne avec une grande facilité dans les pays chauds, où il supplée, pour ainsi dire, le poumon dont l'activité est devenue d'au-

tant moins forte que l'épuration du sang se fait dans d'autres organes éliminateurs. De la congestion permanente à l'inflammation il n'y a qu'un pas. Cette congestion habituelle prédispose donc l'organe hépatique à l'inflammation, qui se développera à la suite d'une cause déterminante, l'abus des liqueurs alcooliques, l'impression du froid, etc. Quoique dans bien des cas les mêmes influences pathogéniques semblent impressionner simultanément le foie et le gros intestin, et provoquer en même temps l'hépatite et la dyssenterie, il est bien plus fréquent, sans nier d'une manière absolue l'antériorité possible de l'affection hépatique, de voir cette dernière affection précédée par les symptômes dyssentériques. Dans ce cas, le gros intestin paraîtrait être le point de départ sinon de l'inflammation, au moins d'une cause stimulante, inconnue dans son essence, qui se transmettrait au foie par une voie également inconnue, peut-être au moyen des rameaux de la veine-porte.

Quoi qu'il en soit, le foie, habituellement congestionné, se surexcite, devient douloureux et offre à l'observation le petit nombre de symptômes qui caractérisent l'hépatite, symptômes tellement fugaces, si peu saillants quelquefois, que, dès ce moment, il faut savoir les saisir pour ne pas s'exposer plus tard à de fâcheuses surprises.

Ces symptômes varient suivant les périodes : 1° de l'hyperhémie ; 2° de l'inflammation ; 3° de la suppuration.

L'abcès formé, s'il est profond, on ne peut que soupçonner son existence lorsque le volume du foie n'est pas augmenté. Il n'en est pas de même s'il est superficiel : il est possible d'acquérir toute la certitude chirurgicale désirable pour pouvoir tenter de donner issue au pus.

La guérison est très-rare, moins par le seul fait de la présence d'un abcès du foie, que par le concours de deux affections également graves.

MALADIES CONSÉCUTIVES.

La dyssenterie, surtout la dyssenterie chronique, est très-souvent accompagnée ou suivie d'anasarque et d'ascite. Ces suffusions séreuses sont souvent le résultat d'une cachexie profonde, d'une altération générale de l'économie, ainsi que des altérations du foie et de la rate, qui produisent des congestions sanguines de la veine-porte, dont le trop-plein, s'opposant à l'absorption, favorise et augmente la transsudation séreuse péritonéale.

CONVALESCENCE, RECHUTES, RÉCIDIVES.

On constate, dans la dyssenterie, beaucoup d'incertitude et d'irrégularité dans les phénomènes qui signalent la convalescence. Le sang a disparu des selles, et cependant la maladie marche sourdement tant que les ulcérations persistent. Mais aussitôt que les selles se rapprochent de plus en plus de l'état normal, que les fonctions digestives se rétablissent avec régularité, la convalescence paraît assurée.

Il est de la plus grande importance de surprendre, en quelque sorte, les symptômes qui signalent les chutes. On y parvient sûrement en comparant la répartition de la chaleur avec l'état de fraîcheur où se trouvait la peau, les jours précédents, et en percutant avec soin l'abdomen. Les selles seront liquides, ou le malade sera sous l'imminence d'une rechute si la peau est brûlante et sèche et si en même temps un son intestinal ou humorique se fait entendre au point correspondant à l'S iliaque du colon. Ces symptômes pourtant font défaut, malgré la liquidité des selles, lorsque l'intestin a diminué de calibre et se présente à la pression sous la forme d'une corde, comme on l'observe spécialement dans la dyssenterie chronique.

Sur un chiffre de 1101 dyssenteries, 112 étaient récidivées.

NATURE DE LA DYSSENTERIE.

La dyssenterie n'est pas une simple colite, mais le résultat de l'association de deux éléments, l'un *hémorrhagique*, l'autre *inflammatoire*, agissant de concours pour amener la désorganisation de l'intestin. Tantôt l'un prédomine sur l'autre, et *vice versa*.

L'hémorrhagie peut se montrer seule, c'est une simple exhalation sanguine, active ou passive. Dans le scorbut, elle est le plus souvent passive, les selles sanguinolentes se montrent avec des désorganisations profondes de l'intestin, mais ces altérations intestinales n'indiquent pas plus qu'il y ait dyssenterie que d'autres désorganisations, siégeant dans d'autres viscères et à la peau, ne sont l'indice de cette affection.

Dans quelques cas cependant, les congestions sanguines de la muqueuse, les extravasations, suivies d'hémorrhagie, paraissent être le point de départ des altérations de l'intestin. Il en résulte un ramollissement, une espèce de dissolution, puis, en définitive, une ulcération. Les selles sanguines n'annoncent-elles pas alors l'existence d'une dyssenterie, d'une dyssenterie asthénique? Quoique l'état scorbutique ne doive pas exclure nécessairement la dyssenterie, en cachant l'inflammation locale sous des symptômes généraux de dépravation organique, ce ne sont pas là les conditions au milieu desquelles on observe la dyssenterie d'Afrique qui, avec l'hémorrhagie, s'associe toujours l'élément inflammatoire, quelque léger qu'il paraisse.

L'inflammation peut occasionner une exhalation sanguine par son intensité seule, et une hémorrhagie par l'érosion des extrémités très-déliées des vaisseaux capillaires de sa muqueuse; mais il est nécessaire qu'il y ait une modification spéciale préalable de la part des tissus, une turgescence sanguine passive ou active, une hypérhémie. Souvent alors la congestion et l'inflammation simultanées amènent la gangrène par leur intensité.

En résumé, la dyssenterie semble tenir à la fois de l'inflammation et de l'hémorrhagie. C'est donc une maladie complexe, quoique locale, puisqu'elle est le résultat de deux éléments morbides, qu'il faut étudier dans leur isolement et dans leur association.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

La dyssenterie, étant annoncée par des symptômes complexes, dépendant de l'inflammation et de l'hémorrhagie, il s'agit de distinguer : 1° la *colite* de toute autre phlegmasie ayant son siége ailleurs dans une partie du *canal digestif*, 2° l'hémorrhagie concomitante, de tout autre écoulement sanguin, qui aurait également pour siége un des points de la longue surface intestinale, qui serait produite par une lésion organique autre que la dyssenterie.

Le pronostic doit être surtout basé : 1° sur l'étendue et la profondeur plus ou moins grande des altérations anatomiques ; 2° sur la gravité des symptomes locaux et généraux; 3° sur les complications, sur la chronicité de la maladie.

MORTALITÉ.

Sur 1,575 dyssenteries, 821 ont guéri. Les dyssenteries intenses au nombre de 177 ont fourni 44 décès. Les dyssenteries graves (83) ont donné 66 décès. Dans les dyssenteries chroniques (474), on compte 120 décès. La mortalité générale a été de 1 décès sur 6 malades 4/5.

ACCLIMATEMENT.

C'est, selon M. Catteloup, pendant la première année de séjour que la dyssenterie sévit avec le plus d'intensité; le chiffre décroît après un an pour rester stationnaire les deuxième, troisième, quatrième années. Mais la dyssenterie ne disparaît pas complétement. Si par l'acclimatement on se fait un autre tempérament, il est tout naturel que l'on subisse les maladies affectées à ce nouveau tempérament, c'est-à-dire des dyssenteries compliquées d'affections du foie, plus fréquentes chez les anciens que chez ceux qui sont arrivés nouvellement en Algérie.

TRAITEMENT.

1° Mesures hygiéniques. L'étude des influences morbides qui peuvent occasionner directement ou indirectement la dyssenterie conduit à la prophylaxie. Les unes étant inhérentes au climat, leurs effets ne peuvent être qu'atténués par une application des règles hygiéniques ; les autres dépendant de la volonté de l'individu, peuvent être entièrement éloignées ; c'est au médecin de les signaler, comme il est du devoir de l'autorité de les faire disparaître.

2° Traitement curatif. Deux indications principales se présentent : 1° Combattre la phlegmasie ; 2° porter sur la surface intestinale une modification salutaire qui puisse faire disparaître promptement le sang, les évacuations alvines, en dissipant les congestions morbides. Or, on peut arriver à ce double résultat par les mêmes moyens, ou des moyens

opposés, employés tantôt simultanément, tantôt isolément, suivant les cas.

A. *Emissions sanguines.* — La saignée générale est généralement nuisible et doit être réservée pour les cas où l'élément inflammatoire domine, chez les hommes qui n'ont pas encore subi les effets du climat pendant une longue durée, dans les dyssenteries compliquées d'hépatite. Les émissions sanguines locales, les ventouses scarifiées surtout, qui ajoutent une révulsion puissante et très-salutaire à l'écoulement du sang, sont préférables à la saignée générale, qui pourrait plonger les malades dans une trop profonde adynamie.

B. *Moyens antiphlogistiques auxiliaires.* — Une diète sévère pendant les premiers jours doit bientôt être remplacée par des aliments légers.

C. *Vomitifs.* — Sans être administrés d'une manière générale, comme traitement fondamental dans toutes les périodes de la dyssenterie, ni dans tous les degrés de la maladie, les vomitifs sont généralement employés avec succès au début; mais ils seraient nuisibles quand les désordres sont trop avancés, ou quand l'hépatite existe. Il faut saisir avec sagacité les circonstances de leur opportunité.

D. *Purgatifs.* — Leur administration est très-souvent suivie d'une grande amélioration, non-seulement sous le rapport de la nature et du nombre des selles, mais encore de la santé générale.

DYSSENTERIE. — Observation de dyssenterie aiguë grave avec expulsion d'une portion cylindrique de membrane muqueuse de l'intestin, par M. *Laveran*, médecin principal de 1re classe, t. XII, p. 228 à 232.

Cette observation présente le double intérêt d'un cas d'expulsion de la muqueuse et d'un exemple de gangrène intestinale dans la dyssenterie.

E

EAU DE MER. — Ses propriétés spéciales; indication des cas où elle peut être favorable, inutile ou nuisible, t. XIX, p. 392. (Voir l'Instruction du Conseil de santé sur l'emploi des eaux minérales naturelles, t. XIX, p. 385.)

EAU MINÉRALE. — Analyse de l'eau minérale ferrugineuse d'Orezza, par M. *Poggiale*, professeur de

chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XIII, p. 433.

Parmi les diverses sources minérales de la Corse, celle d'Orezza est peut-être la plus remarquable, par sa composition, la rareté de sa composition, ses effets thérapeutiques. L'usage en remonte à la plus haute antiquité, et on l'emploie surtout contre les chloroses et les affections du tube digestif et des viscères abdominaux. Cette belle source est admirablement placée à trente kilomètres environ de Bastia. De hautes montagnes l'entourent de tous côtés, et les buveurs se promenant sous un véritable dôme de verdure, trouvent à la fois la beauté du ciel de l'Italie et une température d'une douceur constante.

L'eau d'Orezza a été analysée en 1776 par Vachez et Castagnoux, en 1833, par M. Laprevotte, et en 1847, sur la demande du ministre de la guerre, par M. Ossian Henry. — C'est ce dernier qui a vivement engagé M. Poggiale à reprendre cette analyse, pour laquelle aucun essai n'avait été fait à la source même.

Examinée à la source, cette eau est d'une limpidité parfaite ; sa saveur aigrelette, piquante, la rend très-agréable à boire. Sa densité est de 0,99839. Sa température est de 15°, celle de l'atmosphère étant de 22°. Elle pétille comme les vins mousseux. Exposée à l'air, elle se trouble à mesure que le gaz se dégage, et il se forme un dépôt d'un blanc rougeâtre composé de carbonate de chaux, de magnésie et de peroxide de fer. — Celui-ci se précipite ordinairement le premier. Pendant l'hiver, la proportion d'acide carbonique semble diminuer d'après l'analyse quantitative ; 1.000 gr. d'eau d'Orezza contiennent :

Carb. de chaux.	0, g. 602
— magnésie.	0, 074
— lithine.	traces sensibles.
— protoxide de fer.	0, 128
— manganèse.	traces sensibles.
— cobalt	traces.
Sulfate de chaux	0, 021
Chlorure de potassium. } — sodium }	0, 014
Alumine	0, 006
Acide silicique	0, 004
— arsenique	traces.
Fluorure de calcium.	id.
Matières organiques	id.
Total des principes fixes. . .	0, 849
Gaz acide carbonique libre ou combiné	1 litre 248
Air atmosphérique.	0, 011

L'eau d'Orezza peut être considérée comme une eau de seltz ferrugineuse. Elle est très-remarquable par la proportion élevée d'acide-carbo-

nique, de carbonate de fer et de manganèse qu'elle contient, et parmi les eaux ferrugineuses aucune ne peut lui être comparée.

EAUX. — Note sur la composition de l'eau de l'Oued-el-Malah et sur le dépôt cristallin qui en couvre les bords, par M. *Schmitt*, pharmacien aide-major de 2e classe à Biskra, t. XIX, p. 335.

L'Oued-el-Malah doit son existence à un grand nombre de sources qui prennent naissance dans les ravins qu'on rencontre à l'ouest de Constantine. — La plus remarquable de ces sources, éloignée de dix kilomètres de la ville, sort à fleur de terre d'une petite cavité pratiquée à la base d'une élévation considérable formée par un calcaire marneux. — L'eau en est limpide, fraîche, mais très-salée.

L'eau de l'Oued-el-Malah est limpide, incolore, très-salée; sa densité à 25° est de 1, 083. Elle laisse à peine un dépôt sensible par l'ébullition. — L'analyse qualitative y indique la présence de chlorure de sodium en abondance, sulfate de chaux et de magnésie, carbonate de chaux et acide silicique.

Elle renferme 31,25 de principes fixes par litre.

On rencontre sur les bords de la rivière, principalement dans les points où son cours est moins resserré et plus lent, de petites masses mamelonnées efflorescentes, d'une épaisseur de quelques millimètres, recouvrant les objets qui se trouvent répandus sur le sol. A l'arrivée des pluies, le lit de la rivière s'étend sur les bords et fait complétement disparaître ce dépôt.

Les expériences faites sur ces cristaux montrent que le sulfate de chaux et le carbonate de cette même base y prédominent, et ce fait doit sans aucun doute être attribué à la solubilité moindre de ces sels. Ce phénomène est du reste une conséquence forcée de la loi qui régit le pouvoir dissolvant des liquides ou leur capacité de saturation.

EAUX. — Analyse chimique des eaux de Bône, par MM. *Demortain*, pharmacien-major, et *Laprevotte*, pharmacien aide-major à l'hôpital de Bône, t. IV, p. 227.

Bône est assise au bas d'une colline couronnée par la Casbah, et parsemée, surtout au versant qui regarde la ville, d'anciennes tombes arabes. Au delà de la ville, vers l'ouest, s'étend cette petite plaine qui nous a coûté tant de victimes. — En examinant la position topographique de Bône et le peu de profondeur de ses puits, on reconnaît qu'ils doivent être principalement alimentés par la colline de la Casbah, et on doit s'attendre à trouver des composés d'azote provenant de la destruction des matières animales. — C'est ce qui a eu lieu en effet.

Eaux de la ville. — Eaux du puits de la rue d'Alger. — Ce puits est un des plus anciens de Bône. Son nom est Bir-irada. Son diamètre de 1,^{m}20; le niveau de l'eau s'élève ou s'abaisse suivant la durée des pluies, et sa profondeur maximum prise de la surface de l'eau au fond du puits est de 6^{m},75.

Les recherches analytiques y ont démontré la présence des composés suivants :

1° Acide-carbonique; 2° azote; 3° oxygène; 4° silice; 5° carbonate de chaux; 6° carbonate de magnésie; 7° carbonate de fer; 8° phosphate de fer; 9° azotate de chaux; 10° sulfate de chaux et 11° de magnésie; 12° chlorure de potassium et 13° de sodium; 14° matière organique en quantité notable.

Remarquable surtout par la présence d'une grande proportion d'acide phosphorique et d'azotate de chaux, cette eau est de mauvaise qualité et ne sert qu'à l'établissement des bains maures.

Eaux des fontaines de Bône. — Cette eau vient de l'Edough par un aqueduc construit à grands frais. — Elle est très-bonne, ne renferme qu'une faible quantité de matières fixes parmi lesquelles nous indiquerons le fer.

Sa densité est de 1,00196. — Elle contient d'après l'analyse qualitative : 1° acide carb. libre; 2° azote et oxygène; 3° silice dont la proportion varie beaucoup; 4° oxide de fer, de chaux, de magnésie à l'état de bicarbonates; 5° sulfate de chaux en petite quantité; 6° chlorure de calcium; 7° chlorure de sodium; 8° matière organique jaune.

Lavoir. — Près du quartier de cavalerie se trouve un lavoir alimenté par un conduit en terre. — L'eau en est très-peu abondante et tarit pendant l'été. Cette eau, qui se rapproche de celle des puits, ne renferme cependant pas d'azotates. Cette eau limpide, d'un goût fade, dissout le savon et cuit bien les légumes; cela tient à ce que ce ne sont pas les sels de chaux, mais ceux de potasse qui prédominent.

Eaux des rivières. — Eau de la Boudjima, remarquable surtout par la quantité d'alumine qu'elle renferme. Le fer y est aussi plus abondant que dans les précédentes. — Pendant l'hiver, le courant de la rivière conserve jusqu'auprès de son embouchure assez de puissance pour ne pas permettre aux flots de la mer de remonter dans son lit. — Mais pendant la chaleur tout change, et on doit attribuer au mélange de l'eau de mer avec l'eau douce une très-grande influence sur le développement des fièvres qui règnent dans les environs. L'eau puisée à cette époque offre à peu près la composition de l'eau de mer.

Eau de la Seybouse, n'est potable comme celle de la Boudjima qu'à une très-grande distance de la mer. — Sa composition, modifiée aussi par l'envahissement de l'eau de mer, diffère suivant les saisons. — Elle renferme moins d'alumine.

EAUX. — Analyse de quelques eaux minérales du département de la Moselle, par M. *Langlois*, pharmacien en chef de l'Hôtel des Invalides, t. X, p. 347.

Les eaux minérales analysées par M. Langlois sont les suivantes :

1° *Eau de la Bonne Fontaine.* — Cette source est située à deux kilomètres de Metz, près de la route qui conduit à Lorry. — La saveur astringente de l'eau et son dépôt ocreux suffisent pour faire connaître sa nature ferrugineuse. — Elle renferme une quantité d'arsenic trop faible pour être dosée. — Elle renferme par kilogr. 0, gr. 896 de sels fixes.

2° *Eau saline de la Chartreuse*, à Rettel, près de Sierck, arrondissement de Thionville. La saveur de cette eau est fraîche, piquante et légèrement salée. — Elle renferme par kilogr. 3 gr. 200 de sels fixes dont le chlorure de sodium forme les deux tiers environ.

3° *Fontaine de Saltzbronn*, canton de Sarralbe, contient 5 gr. 5 de sels fixes par kilogr. — 4 grammes sont exclusivement formés de chlorure de sodium.

4° *Eau purgative* d'une fontaine située au bord de la Sarre, près du bac de Sarreguemines. Cette eau est très claire, sa saveur faiblement salée. — Elle ne fournit à l'évaporation que 1 gr. 70 de résidu

5° *Eaux salines et sulfureuses de Cacheren*, ont fourni par kilogr. l'une 7 gr. 6, l'autre 7 gr. 2 de résidu constitué à peu près exclusivement par du sel marin.

EAUX. — Notice sur les eaux de la ville de Mascara et de ses environs, par M. *Jullier*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 117.

Les fontaines et les jardins de Mascara sont alimentés par les eaux provenant de l'Oued-Toudman, au nord-ouest de la ville. Quatre sources ont été utilisées, et quoique paraissant prendre leur origine dans le plateau de Sidi-Dao, dans le pays des Beni-Chougran, elles offrent entre elles des caractères différents et assez sensibles, qui permettent de les diviser en trois catégories :

1° Source du ravin de l'Oued-Toudman ;

2° Toutes les sources inférieures;

3° Les sources d'Aïn-Beïda.

Le no 1 a seul été analysé d'une manière complète; l'eau en était puisée dans le bassin de la cour de la pharmacie. Elle est fraîche, limpide, sans aucune saveur, très-agréable à boire. Sa densité est de 1,000,6 en moyenne; soumise à l'évaporation, elle donne un résidu de 0,537 par kilog., dans lequel l'analyse démontre la présence de la plupart des sels contenus dans les bonnes eaux potables. Le carbonate de chaux, dissous à la faveur d'un excès d'acide carbonique, y est fort abondant, et ce fait explique bien l'existence des concrétions stalactiformes qu'on rencontre dans certaines anfractuosités de rochers.

Les eaux du second groupe et de la source d'Aïn-Beïda n'ont été examinées que qualitativement : les premières, quoique limpides et fraîches, ont un léger goût douceâtre rappelant un mélange avec une eau chargée de sel.

L'eau d'Aïn-Beïda est plus fraîche, plus agréable à boire que les précédentes, mais plus crue et d'une digestion plus difficile. — Elles ne paraissent pas contenir de fer. Toutes ces sources réunies fournissent 521,280 litres d'eau par jour ; de plus on rencontre à 4,000 mètres au nord de Mascara, d'autres sources qui ont, à une époque éloignée, été amenées à la ville. Les conduits existent encore en partie et pourraient être facilement réparés. On se procurerait ainsi 390,000 litres environ.

Les eaux thermales de l'Oued-el-Hammam ont leur origine sur un monticule entièrement formé de lave. La température de l'eau est de 58° au griffon et de 44° à la piscine. Sa densité est de 1,003,27. Sa composition, qui est des plus simples, doit s'exprimer ainsi : pour un litre, silice 0,05 ; — carb. de fer, 0,193 ; — carb. de chaux, 1,566 ; — carb. de magnésie, 0,256 ; — pertes, 0,02. — Total, 2,085.

EAUX. — Mémoire sur les eaux minérales de Viterbe, par M. *Poggiale,* pharmacien principal, chef, professeur de chimie à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. IX, p. 308.

Les opérations préliminaires de l'analyse ont été faites par MM. Gillet, Dusseuil et Monsei. La nature volcanique du sol italien n'est nulle part plus apparente qu'aux environs de Viterbe, située près du mont Sinimo, à 78 kilom. de Rome. Le lac de Bolsena et celui de Vico sont évidemment d'anciens cratères, dont les laves réunies ont dû former la vaste plaine qui s'étend vers l'ouest.

Toute l'eau employée dans l'établissement provient d'une source dite de la *Crociata*. Mais ses propriétés sont les mêmes que celles des deux autres sources sulfureuses qui se trouvent dans le ravin. L'eau analysée est celle qui provient de la source dite *Bullicame*. Sa température est de 58°, sa densité de 1,00295; conservée quelque temps dans un flacon bouché, elle devient louche par suite du dépôt de soufre; évaporée à siccité, elle laisse un dépôt pesant 2 g. 331 par kilog.

Elle renferme entre autres principes très-actifs de l'acide sulfhydrique, du brôme, de l'iode et du fer, et il est probable que c'est à ces derniers principes plutôt qu'au soufre qu'il faut attribuer les propriétés de cette eau.

Les boues sulfureuses ont été analysées après dessication à 120°; elles renferment une énorme quantité de soufre, 22 sur cent de matière desséchée. On les emploie, dans les hôpitaux de Rome, contre les maladies de la peau.

L'eau de la source ferrugineuse de Viterbe est incolore, sa saveur astringente ; elle répand une très-légère odeur d'hydrogène sulfuré ; sa température est de 45°, sa densité de 1,0029 ; 1,000 grammes d'eau laissent un résidu pesant 2 gr. 757, dans lequel on a trouvé des traces d'acide arsénique, d'iode et de brôme.

La boue ferrugineuse ne paraît pas renfermer ces deux derniers corps; mais en revanche elle contient une quantité d'acide arsénique qui s'élève à 0,140 sur 100 grammes.

EAUX. — Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris, par M. *Poggiale*, pharmacien principal, chef, professeur de chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XI, p. 334.

La plupart des casernes de Paris reçoivent les eaux de l'Ourcq, quelques-unes, l'eau de Seine, d'Arcueil ou de Grenelle, et ce n'est que dans un petit nombre qu'on fait usage de l'eau de puits. Dans les forts et les postes casernes, il n'existe au contraire que de l'eau de puits ou de citerne et ce sont ces dernières seules qui ont été examinées.

Dans l'impossibilité d'analyser le travail si substantiel de M. Poggiale, il nous suffira de dire avec lui que si on prend pour base la quantité de sels calcaires contenus dans ces eaux, et si on admet que leurs bonnes qualités sont en raison inverse du chiffre des sels calcaires, on devra les ranger dans l'ordre suivant :

Eau du fort de Bicêtre. (Citerne).
— de Noisy-le-Sec.
— de Rosny.
— de Vanves.
— de Montrouge (côté gauche).
— idem. (côté droit).
— d'Ivry, puits près des casemates.
— idem, puits près de la caserne.
— idem, puits près du pavillon des officiers.
Eau de la source de M. Foy, près du Mont-Valérien.
— de la manutention de Compiègne.
— du fort du Mont-Valérien, puits S.
— d'une source qui existe au fort de l'Est.
— du fort de Bicêtre (puits).
— de la caserne Marbœuf.
— de la manutention militaire du quai de Billy.
— du fort de l'Est.
— du château de Neuilly.
— du fort du Mont-Valérien, puits V.
— du poste-caserne, n° 4.
— du fort du Mont-Valérien, puits U.
— du poste-caserne, n° 6.

Les eaux des forts de Vanves, Issy, Montrouge, Bicêtre et Ivry offrent la plus grande ressemblance et se rapprochent beaucoup de la composition de l'eau d'Arcueil; celles des forts de l'Est et de l'Ouest donnent un résidu plus considérable, et la différence porte surtout sur le carbonate et le sulfate calcaire.

EAUX. — Recherches sur la composition de l'eau de la

Seine à diverses époques de l'année, par M. *Poggiale*, pharmacien principal, chef, professeur de chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XVI, p. 421.

L'eau de la Seine a été l'objet de travaux analytiques importants, et cependant lorsqu'on compare ces analyses exécutées par des chimistes les plus distingués, on observe entre les résultats qu'ils ont obtenus de très-grandes différences. Chose remarquable, l'eau puisée sur la rive gauche renferme à peine les mêmes principes ; les proportions en varient beaucoup et jusqu'à la somme des principes fixes. Comme on ne peut douter de l'habileté des chimistes qui ont procédé à ces analyses, il faut bien chercher ailleurs la cause de ces différences dans les résultats. Pour les trouver, M. Poggiale s'est astreint, depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 17 février 1855, à analyser, tous les quinze jours et souvent toutes les semaines, l'eau de Seine prise au pont d'Ivry. Il a eu soin dans le même temps de noter la densité, la température de l'eau, la hauteur de la rivière, etc. Quoique nous ne puissions rapporter toutes les recherches de l'auteur, nous essayerons cependant de donner une idée aussi exacte que possible des résultats qu'il a obtenus.

La proportion des matières solubles atteint généralement son maximum, lorsque la hauteur de la rivière atteint 2 ou 3 mètres. Le maximum de principes fixes a été de 0,277 et le minimum de 0,190. Dans ce dernier cas, la crue avait été produite par la fonte des neiges. D'une manière générale l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver.

L'eau puisée au pont d'Austerlitz renferme plus de principes fixes que celle puisée au pont d'Ivry, et celle de la rive gauche plus que celle de la rive droite.

La proportion de carbonate de chaux et de magnésie est généralement plus élevée en été qu'en hiver; elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau.

Le sulfate de chaux et les chlorures alcalins ont varié dans le même sens mais beaucoup moins.

A la suite des fortes crues la proportion d'acide silicique devient plus grande.

Les matières organiques augmentent considérablement pendant l'été.

La moyenne des analyses consignées dans les divers tableaux peut s'exprimer ainsi :

Gaz acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates	0,0235
— azote	0,0200
— oxygène	0,009.
	0,0523

Carbonate de chaux	0,177
— magnésie	0,019
— fer, manganèse, alumine	0,004
Sulfates de chaux, soude, magnésie	0,018
Chlorures calcium, magnésium, sodium	0,011
Acide silicique	0,004
Ammoniaque	0,00017
Iodure alcalin — traces.	
Sels de potasse — *idem.*	
Nitrates alcalins — quantité notable.	
Matières organiques — *idem.*	
Total	0,233

EAUX. — Analyse des eaux de Strasbourg et de Phalsbourg, par M. *Lévy*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, et *Roger*, pharmacien aide-major de 1re classe au même établissement, t. XXII, p. 362.

Les auteurs expliquent longuement les procédés qu'ils ont employés, les précautions qu'ils ont dû prendre pour se mettre à l'abri des chances d'erreur ; leurs analyses ont porté successivement à Strasbourg sur :

L'eau du puits de la pharmacie de l'hôpital militaire;
L'eau du puits de la cuisine de l'hôpital militaire;
L'eau du puits de la cour-des écuries de la caserne d'Austerlitz;
L'eau d'un puits de l'intérieur de ville, la rue du Dôme, 14;
L'eau d'un puits de la citadelle;
L'eau d'un puits de la caserne Saint-Nicolas;
L'eau d'un puits de la manutention des vivres;
L'eau d'un puits de la caserne des pontonniers;
L'eau d'un puits de la caserne de Finkmatt;
L'eau d'un puits de la caserne du faubourg de Saverne;
L'eau d'un puits de la caserne des Ponts-couverts.

Ils ont terminé leur travail par des considérations géologiques sur le sol de Strasbourg et examiné les conditions les plus favorables pour que les puits donnent une eau plus convenable. En effet, toutes ou presque toutes les eaux qu'ils ont analysées sont mauvaises, non parce que les sels y sont en trop grande quantité, mais à cause de leur non-aération et de la présence d'une trop forte proportion de matières organiques en voie de transformation.

A Phalsbourg, ils ont examiné l'eau de la citerne de l'hôpital militaire; celle de la fontaine de la ville; ces eaux, de bonne qualité, ne renferment qu'une très-faible proportion de sels fixes, égale à 0,152 pour la première et à 0,0547 seulement pour la seconde.

La fontaine de Phalsbourg vient des sources de Hültenhausen par une

conduite d'un développement de 7,000 mètres; elle donne 48,960 litres par jour.

EAUX MINÉRALES. — Recherches analytiques sur l'eau acidulo-saline gazeuse de Rome (*acqua acetosa*), par M. *Monsel*, pharmacien aide-major, t. XIV, p. 372.

Lorsque, après avoir passé l'ancien pont Milvius (*Ponte-Mole*), on remonte de 4 ou 500 mètres la rive gauche du Tibre, on rencontre bientôt une source d'eau acidule désignée sous le nom d'*acqua acetosa*.

Vers le milieu du XVIIIe siècle, Girolamo Lopi fut le premier qui s'occupa de la composition de cette eau; quelques années plus tard, le médecin Lorenzo Mazzini publia qu'elle contenait du sulfate de soude; en 1782, *Jean Tipaldo* en fit paraître une analyse; enfin M. Morichini tenta en 1820 une nouvelle analyse. Depuis cette époque aucun travail n'a été publié sur cette eau, qui jouit à Rome d'une grande réputation.— Il est fâcheux que l'exploitation en soit faite avec tant de négligence. — L'eau en effet est placée à la source dans des bouteilles en verre bouchées simplement avec des feuilles de vigne roulées; elles passent ainsi douze ou quinze heures avant d'arriver aux consommateurs, et on comprend que pendant les grandes chaleurs de l'été la plus grande partie de l'acide carbonique s'échappe.

Examinée à la source même, l'*acqua acetosa* est inodore, limpide, d'une saveur à la fois piquante et amère; sa température, qui paraît invariable, est de 16 degrés centigrades. Conservée dans des vases bien bouchés elle paraît inaltérable; en vases ouverts elle ne forme de dépôts qu'avec une grande lenteur, quoiqu'elle perde une partie de son acide carbonique.

L'analyse quantitative a donné les résultats suivants :

Bicarbonate de chaux	1,647
— soude	0,031
— protoxide de fer	0,003
— de manganèse	0,027
— magnésie	0,050
Perte	0,036
Sulfate de chaux	0,008
— soude	0,007
— manganèse	0,004
— magnésie	0,194
Chlorure de sodium	1,582
Iodure de sodium	traces.
Bromure de sodium	*idem.*
Total des principes fixes	3,589
Acide carbonique libre	692
Air	10

L'auteur conclut en ces termes :

1° L'*aqua acetosa* doit être rangée dans la classe des eaux acidules gazeuses salines.

2° La grande quantité d'acide carbonique, libre ou combiné, qu'elle contient, la rendrait très-propre à remplacer l'eau de seltz.

3° Avec une exploitation bien entendue, son usage pourrait trouver une application utile pendant le printemps et l'été.

4° Le fer et le manganèse, quoique en quantité minime, méritent d'attirer l'attention des médecins.

5° Enfin il serait à désirer que son usage fût introduit dans les hôpitaux militaires de Rome. — La réalisation de cette pensée ne nécessiterait aucune dépense.

EAUX MINÉRALES. — Eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les-Bains, par M. *Poggiale*, pharmacien-inspecteur, professeur de chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XXII, p. 328.

M. le ministre de la guerre, informé en 1857, par les rapports d'inspection de M. l'intendant-général Dubois et de M. le médecin-inspecteur Levy, que les eaux qui alimentaient l'hôpital thermal d'Amélie-les-Bains étaient mal aménagées et perdaient dans leur parcours une quantité considérable de leurs principes sulfureux, Son Excellence a arrêté que M. François, ingénieur en chef des mines, et M. Poggiale, pharmacien inspecteur, se rendraient à Amélie-les-Bains pour étudier les questions suivantes :

1° Analyser l'eau du grand Escaldadou, à la source, dans le bassin inférieur, dans les réservoirs, dans le trajet de la conduite et enfin sur les différents lieux d'emploi.

2° Rechercher les causes et le mode d'altération de l'eau et indiquer les moyens de la prévenir.

3° Faire l'étude analytique de la source du petit Escaldadou.

4° Rechercher, sous le rapport du captage et de l'aménagement, les mesures les plus propres à soustraire les eaux à toutes les causes d'altération.

Le dosage du soufre contenu dans l'eau du gros Escaldadou exécuté, au moyen du sulfhydromètre Dupasquier, indiquait 0,0117 de sulfure de sodium sec à la source même. Cette proportion diminuait si rapidement sur toute l'étendue du parcours, que près des réservoirs on ne trouvait plus que 0,0033, dans les piscines 0,0020, dans les bains 0,0023. En comparant l'eau prise au point d'émergence à celle des lieux d'emploi, on trouvait celle-ci plus alcaline. En effet, sous l'influence de l'air le sulfure de sodium se transforme en carbonate, quelquefois même en sulfites, hyposulfites, etc.

Les causes d'altération de l'eau furent bientôt reconnues ; — elles ré-

sidaient toutes en effet dans l'accès de l'air, soit à la source même, soit dans les tuyaux qui amenaient l'eau à l'établissement ; les chutes auxquelles l'eau était soumise dans son parcours augmentaient encore le mal. On résolut, pour les éviter autant que possible, de mettre l'eau sulfureuse complétement à l'abri de l'air au point d'émergence, d'empêcher d'une manière continue la pénétration de l'air dans les conduits, et pour arriver plus sûrement à ce résultat, prendre les mesures nécessaires pour fonctionner constamment en tuyaux pleins.

Les moyens proposés par M. l'ingénieur François à la commission thermale des eaux, et mis à exécution dans le cours de 1858, ont eu des résultats si complets, que l'eau analysée au griffon donnant toujours 0,0117 de sulfure de sodium, cette même eau, soit chaude, soit réfrigérée, observée trois mètres avant l'entrée dans les réservoirs, indiquait encore 0,0114. Comme on le voit, la conservation des principes sulfureux était assurée et on espérait la rendre complète au moyen de légères modifications aux diverses parties du conduit.

L'eau du petit Escaldadou sort du rocher à 50 ou 55 mètres du gros Escaldadou ; elle présente à peu près les mêmes caractères physiques, mais ne contient que 0,0110 de sulfure de sodium ; cette différence doit tenir à l'action de l'air sur l'eau, qui, si elle était mieux captée, indiquerait très-probablement la même composition. Elle fournit 172 mètres cubes par 24 heures. Le grand Escaldadou en donne 547 dans le même temps.

EAUX MINÉRALES. — Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis, par M. *Baizeau*, médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'occupation en Italie, t. XVI, p. 347.

M. Baizeau expose dans son travail le résultat des observations qu'il a pu recueillir, soit dans plusieurs établissements thermaux-sulfureux, soit dans son propre service, à Viterbe, sur l'action, encore imparfaitement connue, qu'exercent les eaux minérales sulfureuses sur la syphilis.

Pour mettre plus de méthode et de clarté dans ses recherches, l'auteur considère deux choses dans la syphilis : l'infection générale et les divers accidents qui sont sous sa dépendance et traduisent sa présence à l'extérieur. Dans son opinion, la médication employée contre la syphilis peut donc agir de deux manières : ou en se bornant à guérir tel ou tel accident, ou en s'attaquant directement au virus et le détruisant. Ce raisonnement conduit M. Baizeau à examiner si les eaux minérales sulfureuses ont une action directe sur le virus, comme les spécifiques, ou si elles ne font que modifier tel ou tel accident.

Dans les différents cas soumis à son observation, l'auteur a reconnu que l'action des eaux minérales thermo-sulfureuses sur les accidents syphilitiques avait eu pour résultats : tantôt une guérison ou une amélioration manifeste, tantôt, au contraire, une aggravation ; d'autres fois, enfin, l'absence de toute modification en bien ou en mal, et que les

causes principales de cette différence dans les résultats avaient été le degré d'acuité et la nature des accidents.

L'auteur a également reconnu que l'action des eaux minérales thermo-sulfureuses n'avait eu en général aucune efficacité sur le virus syphilitique ; mais il a pu se convaincre qu'une médication rationnelle, n'offrant aucune contre-indication particulière, et que l'on fait marcher parallèlement à l'usage des eaux, amène souvent des résultats très-heureux. A l'appui de ce qu'il avance sur les effets produits sur la syphilis par l'action combinée des eaux minérales sulfureuses et de la médicaiton spécifique, l'auteur cite avec détails dix observations de maladies vénériennes, à symptômes graves et variés, dont la guérison a été rapidement obtenue par un traitement mixte où l'administration de l'iodure de potassium s'associait à l'usage des eaux sulfureuses.

Le travail de M. Baizeau se résume dans les conclusions suivantes :

1° Les eaux minérales sulfureuses ne guérissent pas la syphilis, mais elles font disparaître les syphilides, modifient quelquefois d'autres accidents syphilitiques, et le plus fréquemment les aggravent.

2o Elles font parfois apparaître des accidents syphilitiques chez des individus infectés, mais n'ayant aucun signe apparent de cette infection.

3° Elles guérissent la cachexie mercurielle et l'affaiblissement général qui résulte d'une affection syphilitique prolongée, seulement dans ce dernier cas, lorsque le virus est éteint.

4° Unies aux antisyphilitiques, les eaux minérales sulfureuses agissent avec la plus grande efficacité contre la syphilis, et ne produisent pas d'excitation fâcheuse lorsqu'elles sont employées seules.

EAUX MINÉRALES. — Maladies traitées à l'hôpital thermal militaire de Vichy, pendant la deuxième saison de l'année 1847, par M. *Barthez*, médecin en chef de cet hôpital, t. IV, p. 63.

Le bicarbonate de soude dissout la fibrine et l'albumine, donne de la fluidité aux humeurs, ramollit et diminue le volume des organes engorgés. En se servant du papier de tournesol, l'auteur dit avoir reconnu de grandes différences dans les quantités d'eau de Vichy nécessaires pour arriver à un même degré de saturation alcaline. Quelques malades étaient complétement *alcalinisés* avec deux verres d'eau minérale, tandis que, chez d'autres, il fallait de 15 à 16 verres pour produire une simple trace d'alcalinité. Les personnes faibles, délicates, sont en général saturées avec de faibles doses; les personnes robustes résistent davantage. De là des différences dans la durée du traitement. Le mieux ne se constate souvent que cinq à six semaines après la cessation de l'emploi des eaux. Pendant le traitement, on doit renoncer à tous les aliments acides, aux fruits, au vin ; l'acidité d'un verre de vin ordinaire détruit l'alcalinité de trois verres d'eau de Vichy.

L'auteur termine par un exposé des résultats constatés dans le traitement des diverses affections.

EAUX MINÉRALES. — Observations sur l'action thérapeutique des eaux thermales de Vichy, par M. *Finot*, médecin ordinaire de 1re classe, t. V, p. 33 à 108.

Les eaux de Vichy s'administrent en bain, en boisson ou en douches. Les sept sources de Vichy diffèrent beaucoup entre elles ; il est des malades qui ne peuvent tolérer l'eau de telle source, et qui tolèrent facilement telle autre, sans que l'analyse chimique rende compte de ces différences. L'eau de la Grande-Grille convient aux estomacs robustes ; l'eau du Puits-Chomel s'emploie dans les affections gastro-intestinales qui tiennent dans leur dépendance certaines affections du cœur et des poumons ; la fontaine des Célestins est la propriété des goutteux et des graveleux ; les sources Lucas et des Acacias participent des qualités diverses des autres sources. Les sueurs et les urines sont particulièrement alcalinisées par l'usage des eaux de Vichy ; sous leur influence on voit tantôt l'embonpoint succéder à la maigreur, tantôt l'obésité pathologique disparaître. Mais, vouloir déterminer les propriétés minérales d'une eau d'après sa seule composition chimique, est une erreur très-grave. Les eaux de Vichy conviennent dans toutes les affections chroniques ou engorgements des organes sous-diaphragmatiques ; cependant leur action est moins décisive dans les cas d'hypertrophie de la rate que dans celui des autres organes.

EAUX MINÉRALES. — Note sur l'emploi des eaux thermales de Vichy dans le traitement de la goutte et de la gravelle, par M. *Villaret*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, t. V, p. 108 et 110.

Dans cette note d'une seule page, l'auteur, après avoir fait usage, comme malade, des eaux de Vichy, pendant quatre ans, se prononce en faveur de leur efficacité dans le traitement de la goutte.

EAUX MINÉRALES. — Recherches sur les propriétés physiques et chimiques des eaux thermales de la vallée de Barèges, par M. *Baudens*, médecin principal, t. V, p. 124 à 132.

Les sources thermales de Barèges, au nombre de neuf, sortent du marbre superposé au granit. Ces eaux, à leur lieu d'émergence, sont claires, transparentes et limpides, onctueuses au toucher et d'une saveur douce et fade, d'une odeur sulfureuse.

Les diverses analyses des eaux sulfureuses des Pyrénées laissent beaucoup à désirer. M. Baudens donne l'analyse des eaux de Barèges d'après plusieurs auteurs.

EAUX MINÉRALES. — Rapport sur l'établissement thermal près Viterbe, par M. *Beylot*, médecin aide-major de 1re classe, t. X, p. 1 à 11.

Cet établissement comprend trois sources ayant chacune des propriétés spéciales. Il est ouvert chaque année au public à dater du 15 juin. Sur 67 militaires traités, 10 ont été guéris, 40 ont été soulagés, 15 n'ont éprouvé aucun changement, et chez 2 il y a eu aggravation. Les maladies traitées avec le plus de succès ont été les maladies cutanées.

EAUX MINÉRALES. —Rapport sur le service médico-chirurgical de Viterbe pendant la saison des eaux de 1851, par M. *Armand*, médecin aide-major de 1re classe au 36e de ligne, t. X, p. 11 à 39.

Le bassin de Viterbe forme la partie septentrionale des Etats Romains du sud-ouest, enclavés entre la Toscane et le royaume de Naples. Viterbe même est adossée aux pentes inférieures du versant nord du Cimino. La saison des bains est ouverte à dater du 1er juillet. Les eaux se prennent en bain, en douches et en boisson. L'auteur termine par une appréciation de l'action des eaux dans les affections psoriques, les affections cutanées, les plaies ulcéreuses, le rhumatisme, les cicatrices, les névralgies, et les affections internes.

EAUX MINÉRALES. — Eaux thermo-minérales chlorurées sodiques de Bourbonne-les-Bains. Extrait des rapports adressés au Conseil de santé pendant les années 1855-1857, par M. *Cabrol*, médecin principal, chef de l'hôpital thermal, et M. *Tamisier*, médecin sous-aide-major, chef de clinique au même établissement, t. XXII, p. 110.

Après quelques observations générales sur l'action thérapeutique des eaux et leurs effets physiologiques, les auteurs indiquent leur mode d'administration, le traitement général et l'hygiène des eaux, et donnent un tableau récapitulatif des résultats immédiats obtenus sur les malades traités à l'hôpital militaire de Bourbonne en 1857. Ils passent en revue l'action thérapeutique des eaux et les accidents survenus dans le traitement des affections suivantes: dartres, rhumatismes, maladies des organes de la digestion, engorgement des viscères abdominaux, cancers de l'estomac, maladies des organes génito-urinaires, maladies des yeux, maladies des oreilles, maladies des centres et des cordons nerveux, hémiplégies, parapligies, paralysies parulies, névralgies, maladies des os, affections organiques, fractures, maladies des articulations, ulcères, engorgements

ganglionaires, coups de feu, contractures musculaires, cicatrices adhérentes.

EAUX MINÉRALES. — Instruction du Conseil de santé sur l'emploi des eaux minérales naturelles et sur le service des hôpitaux thermaux militaires, t. XIX, p. 385.

EAUX MINÉRALES de BOURBON-L'ARCHAMBAULT, — de BOURBONNE-LES-BAINS, — de GUAGNO, — d'HAMMAM-GOURBÈS, — d'HAMMAM-LIF, — d'HAMMAM-MESKOUTIN, — d'HAMMAM-RIRA, — *Voy.* ces mots et aussi EAUX THERMALES.

EAUX THERMALES. — Essai analytique des eaux d'Hammam-Lif et d'Hammam-Gourbès, de la régence de Tunis, par M. *Leprieur*, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XX, p. 412.

M. Guyon, à son retour de Tunis, voulut bien confier à M. Leprieur l'analyse de deux eaux thermales dont il avait rapporté des échantillons.

L'auteur, après avoir indiqué les précautions qu'il a prises pour suppléer au manque de bons instruments, entre dans de longs détails sur les procédés qu'il a mis en œuvre et donne tous les renseignements nécessaires pour que les chimistes puissent facilement contrôler ses expériences. — Il n'a pas reçu et ne donne pas d'indications sur la topographie des sources, leur abondance, leur emploi, etc.

Ces deux eaux thermales présentent dans leur composition une très-grande analogie: celle d'Hammam-Lif renferme 13,7 par kilog. de principes fixes; celle d'Hammam-Gourbès 10,6. Près des deux tiers sont du chlorure de sodium ; on y a constaté la présence du brôme, celle de l'arsenic et de l'iode ont été vainement cherchées ; celle d'Hammam-Gourbès contient de plus que l'autre, de l'acide phosphorique, du fer et de la matière organique (barégine?)

Toutes deux se rapprochent beaucoup par leur constitution chimique des eaux de Balarue et de Bourbonne, et doivent très-probablement offrir aussi des propriétés thérapeutiques analogues.

Sous le rapport de la température, ces quatre sources sont bien voisines, car celle des eaux de Balarue est de 47°, d'Hammam-Lif de 48° à 49°, d'Hammam-Gourbès de 49° à 50°, celle de Bourbonne de 58°.

EAUX THERMALES DE CIVITA-VECCHIA. — *Voy.* ce mot.

ELECTRICITÉ. — Emploi thérapeutique de l'électricité, t. XII, p. 328.

I. Anévrysme variqueux du bras gauche ; électro-puncture : insuccès ; ligature, guérison ; par M. *Dobbé*, médecin-major de 2e classe au 3e de ligne. — *Voy.* ANÉVRYSME.

II. Varice volumineuse de la saphène interne du membre abdominal gauche, guérie par l'électro-puncture ; observation recueillie par M. *Blanvillain*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rennes, t. XII, p. 332.

Au commencement de 1850, à la suite d'une contusion occasionnée par une chute de cheval, un artilleur de 10e régiment est atteint d'une dilatation variqueuse de la veine saphène interne de la jambe gauche, à la hauteur de la partie interne et moyenne des muscles jumeaux ; pendant deux ans la tumeur fait peu de progrès, en 1852 elle augmente rapidement de volume et envahit le reste de la saphène vers la partie supérieure.

Ce militaire entre à l'hôpital, le repos n'amenant aucune diminution, le médecin principal se décide à employer l'électro-puncture. Six aiguilles sont implantées le 16 décembre 1852 sur divers points de la dilatation vasculaire, l'action de la pile est continuée pendant vingt minutes, les points les plus volumineux restent fluctuants ; le 18, une autre application de quatre aiguilles est faite de la même manière, les points fluctuants acquièrent un certain endurcissement. Vingt-trois jours après la première application, le vaisseau dilaté est dur, le caillot se résorbe peu à peu, la douleur est nulle, la guérison peut être regardée comme complète.

III. De l'influence du galvanisme sur les taches de la cornée, par M. *Champenois*, médecin aide-major de 1re classe au 7e de ligne, t. XII, p. 335.

Après avoir rapporté l'observation d'albugo traité par un courant galvanique publiée par M. le docteur Turck, de Plombières, dans la *Revue médico-chirurgicale*, l'auteur expose le résultat de ses propres expériences sur ce moyen de traitement, fait connaître les divers degrés d'énergie qu'il a donnés à la pile, les précautions qu'il a prises dans le choix des conducteurs et pendant l'opération, les effets physiologiques de l'action galvanique sur toutes les parties de l'œil et la marche lente des effets curatifs incomplets qu'il a obtenus dans deux cas : l'un concernant une petite fille de dix ans qui avait conservé d'une varioloïde négligée un semis de plusieurs petites taches sur la cornée gauche, et sur la cornée droite un albugo central qui s'opposait à la vision ; l'autre, relatif à une femme de 41 ans atteinte de leucoma général de la cornée gauche.

L'auteur termine par des conclusions qui résument ses observations sur ce sujet.

ELECTRICITÉ. — Instruction relative à l'emploi médical de l'électricité dans les hôpitaux militaires de l'intérieur et de l'Algérie, t. XXII, p. 1.

ÉLECTRICITÉ. — Note sur la production de l'électricité par le passage des liquides à travers les corps poreux, par M. *Langlois*, pharmacien-major, t X, p. 345.

C'est en faisant passer du mercure à travers un diaphragme en bois dans un tube de 50 centimètres de long sur 6 centimètres de diamètre, surmonté d'un entonnoir en cuivre, que pour la première fois l'auteur a vu se manifester des phénomènes électriques suffisants pour provoquer des étincelles, par l'approche d'un corps conducteur, de l'entonnoir en cuivre. On a pu, au moyen de l'électroscope à balle de sureau, constater que le métal se charge d'électricité positive, et le corps poreux d'électricité négative.

ÉLECTRO-PUNCTURE. — Observation d'anévrysme variqueux du bras gauche traité au moyen de l'électro-puncture, par M. *Dobbé,* médecin-major au 3e régiment de ligne, t. XII, p. 328. *Voy.* ANÉVRYSME. — Varice volumineuse de la saphène interne du membre abdominal gauche guérie au moyen de l'électro-puncture, par M. *Blanvillain*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Rennes, *ib.*, p. 322. *Voy.* ELECTRICITÉ.

ÉLÉPHANTIASIS. — Faits pour servir à l'histoire de l'éléphantiasis en Algérie.

I. Observation d'éléphantiasis du scrotum, traité, opéré et guéri par M. *Mestre* aîné, chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Orléansville, en janvier 1844, t. VIII, p. 247.

Un Arabe de la vallée du Chelif épouse, en 1830, une veuve affectée de syphilis et contracte successivement un écoulement urétral, des ulcères à la verge et une éruption pustuleuse. En 1833, il s'aperçoit que

le scrotum commence à se gonfler ; la tuméfaction augmente graduellement, et, le 12 décembre 1843, cet Arabe entre à l'hôpital d'Orléansville avec les symptômes suivants : otorrhée et surdité du côté gauche, syphilide pustuleuse sur les membres supérieurs et inférieurs, engorgement de la rate; tumeur très volumineuse, piriforme, développée aux dépens du scrotum et dans laquelle se trouvaient confondus les organes génitaux.

M. Mestre soumet d'abord ce malade à un traitement antisyphilitique ; puis, le 20 décembre, fait l'ablation de la tumeur, dont le poids s'élève à plus de vingt-cinq kilogrammes.

La cicatrisation marcha très-rapidement, et l'Arabe partit pour Alger, le 15 avril suivant, parfaitement guéri.

II. Observation d'éléphantiasis du scrotum, traité, opéré et guéri par les soins de M. Mestre, chirurgien-major, recueillie par M. *Martinache*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire d'Orléansville, t. VIII, p. 255.

Un Arabe, âgé de 12 ans, entre à l'hôpital d'Orléansville le 25 mars 1844 ; il est atteint de cachexie paludéenne, d'engorgement des viscères abdominaux, de tumeur considérable du scrotum, et de gonflement tuberculeux du cordon spermatique et du testicule droit.

Le malade est d'abord soumis pendant quelques jours à l'usage du sulfate de quinine, puis le 30 mars l'opération a lieu ; elle consiste dans l'ablation de la tumeur du scrotum et des tissus altérés. Aucun accident ne vient entraver la guérison, et le 30 août le jeune Arabe sort entièrement guéri.

III. Observation d'éléphantiasis du scrotum, recueillie par M. *Dufay*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Cherchell, t. VIII, p. 259.

Un Arabe, encore jeune, entre à l'hôpital de Cherchell, atteint de dartres et d'éléphantiasis du scrotum. La tumeur descendait jusqu'aux genoux, embrassait les testicules et la verge et datait de trois ans. Le malade fut d'abord purgé deux fois, puis soumis à un traitement externe qui se composa successivement de frictions antipsoriques, de fomentations émollientes, de frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse et de bains sulfureux. On joignit à ces moyens une potion alcaline à doses croissantes et la compression sur la tumeur avec les bandelettes de Vigo.

La diminution était très marquée et le scrotum n'avait plus que la moitié ou le tiers de son volume, lorsqu'après un mois et demi de traitement l'Arabe voulut absolument retourner à la montagne.

IV. Observation d'éléphantiasis de la jambe gauche, recueillie par M. *Simon*, chirurgien sous-aide, t. VIII, p. 262.

L'auteur de cette observation est appelé dans la tribu des Beni-Sour,

près de Dellys, pour y visiter un Arabe, âgé de trente-cinq ans environ, et dont la jambe gauche était d'un volume monstrueux et présentait un ulcère à fond grisâtre et des collections purulentes. Les foyers furent ouverts, des frictions mercurielles furent pratiquées sur le membre; on y joignit la compression et une boisson diurétique. Une amélioration se déclara d'abord; mais quelques semaines après, la suppuration et la diarrhée épuisèrent le malade et entraînèrent sa mort.

EMPOISONNEMENT. — Accidents graves attribués à un empoisonnement au moyen de la liqueur de Villatte, par M. ***Mialhes***, médecin en chef de l'hôpital militaire de Milianah, t. IV, p. 178.

Cette observation se rapporte à un militaire qui, ayant avalé par mégarde ou dans une intention de suicide, de la liqueur de Villatte, fut transporté sans connaissance à l'hôpital de Milianah, et qui fut guéri après avoir vomi des matières de couleur bleue.

EMPOISONNEMENT. — Note sur un cas d'empoisonnement produit par l'œnanthe crocata, par M. ***Bertrand***, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de ligne, t. V, p. 116.

Cette observation est relative à un militaire qui succomba brusquement, après avoir présenté des accidents épileptiformes compliqués de trismus. Il fut reconnu plus tard qu'il avait mangé de l'*œnanthe crocata*.

EMPOISONNEMENT. — Note au sujet de l'observation précédente, par M. ***Judas***, médecin principal, t. V, p. 120 à 124.

A l'occasion de l'observation précédente, M. Judas cite un certain nombre de faits qui tendent à prouver la fréquence de ce genre d'empoisonnement.

EMPOISONNEMENT. — Note sur divers cas d'empoisonnement en Algérie, occasionnés par des fruits de redoul (*coriaria myrtifolia*), sans nom d'auteur, t. XII, p. 232 à 235.

Cette note renferme un extrait d'un rapport de M. Ceccaldi, dans lequel il est question de quelques hommes qui se sont empoisonnés après avoir mangé du redoul.

Voici les symptômes offerts : crampes d'estomac, vomissements, écume

à la bouche, yeux hagards, pupilles dilatées, peau froide, sueur visqueuse, convulsions, absence du pouls, insensibilité, perte de l'intelligence et raideur des membres.

EMPOISONNEMENTS. — De la présence des poisons minéraux dans le système nerveux, à la suite des empoisonnements aigus, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 266. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, par *le même*, t. VIII, p. 270. — *Voy.* POISONS.

EMPYÈME. — Réflexions et observations sur l'opération de l'empyème, par M. *Laveran*, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris, t. II, p. 118.

Ce mémoire a pour objet de démontrer par des faits les avantages que peut offrir la thoracentèse dans le traitement de la pleurésie aiguë compliquée d'épanchement. L'auteur rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles la pratique de la thoracentèse a été suivie de la guérison des malades, et d'autres observations dans lesquelles le rejet de cette opération a été suivie de la mort du sujet.

EMPYÈME. — Observation d'hydrothorax ; question de l'empyème, par M. *Goze*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, t. II, p. 147.

L'auteur cite une observation de thoracentèse qui appuie les vues émises dans l'article précédent.

EMPYÈME. — Études sur la thoracentèse dans ses rapports avec la médecine et la chirurgie militaires, d'après divers documents adressés au Conseil de santé des armées, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. VI, p. 1 à 28.

De tout temps la thoracentèse a suscité les opinions les plus contradictoires et les débats les plus passionnés ; elle a eu ses périodes de faveur et d'oubli, et, de nos jours encore, si elle compte beaucoup de partisans, elle n'est employée par d'autres qu'avec une sorte de terreur. Hippocrate recommande de pratiquer la thoracentèse le plus promptement possible

dans les cas d'empyème. Celse et Galien répètent les paroles du maître; Cœlius Aurelianus proscrit l'opération; Archigène, Aétius, Alexandre de Tralles, Paul d'Egyne ne la mentionnent même pas. Parmi les Arabes, Sérapion et Rhazès la vantent; Hali-Abas et Avenzoar, au contraire, la rejettent. Après eux, il faut arriver jusqu'à A. Paré, pour voir la thoracentèse de nouveau mentionnée.

Alors commence pour elle une phase brillante; elle est pratiquée avec succès par un grand nombre de médecins, dont nous citerons ceux-là seulement que recommandent leur nom ou leurs travaux sur la matière : Fabrice d'Acquapendente, Jérôme Golu, Zac. Lusitanus, Marc-Aurèle Séverin, Nic. Gaudin, Jean de Vigo, Covillard, Treubler, Nic. Robin, Birch, Bontus, Laz. Rivière, Riedlin, Preuss, Zarini, Hutter, Paul Barbette, Wrede, Freke, Bianchi, Romero, etc., etc.

Cette époque de faveur dure pendant le XVIIe et pendant la moitié du XVIIIe siècle.

La thoracentèse tombe de nouveau en discrédit, du moins parmi les médecins, qui la rejettent presque tous comme dangereuse, tandis que les chirurgiens, Heister excepté, vantent son innocuité, et la pratiquent fréquemment avec succès.

En se rapprochant de notre époque, on trouve les mêmes dissidences entre les médecins : ainsi, Corvisart déclare que *la thoracentèse accélère presque toujours la mort*, tandis que Laënnec, dont l'opinion est d'un si grand poids quand il s'agit d'affections de l'appareil respiratoire, professe qu'elle est *sans inconvénient*. Jérôme Golu, en 1624, avait été bien plus loin que Laënnec, puisqu'on lit dans cet auteur : *Ergo in thoracis quam in abdominis hydrope, paracentis tutior*.

De nos jours, le débat se ranime : Larrey, Boyer, Lisfranc, Chelius, MM. Velpeau, Blandin, Cruveilhier, Bricheteau, Sédillot, Fleury, Trousseau lui sont plus ou moins favorables; Dupuytren, MM. Louis, Rochoux, Roux, Chomel, la combattent au contraire.

Devant ces débats si animés, en présence d'autorités également imposantes, soutenant l'une ou l'autre thèse, on a dû se demander si la dissidence n'existerait pas plutôt dans la forme que dans le fond; si, dans un cas donné, la même indication ne serait pas saisie par les uns comme par les autres; en un mot, on a cherché à ramener l'affaire à une question de diagnostic.

Malheureusement, le désaccord existe jusqu'au bout. Pour les uns, la thoracentèse doit se pratiquer de bonne heure; pour les autres, elle ne doit être employée qu'à la dernière extrémité. Il en est qui recommandent d'évacuer tout le liquide en une seule fois, et d'autres qui se déclarent pour les évacuations successives. Les injections modificatrices sont redoutées des uns, tandis qu'elles comptent ailleurs des partisans. L'introduction de l'air, accusée par les uns de produire les plus graves accidents, est considérée par d'autres comme réunissant des avantages sans présenter de dangers. Enfin, quelques médecins pensent qu'il n'y a lieu d'opérer que dans le cas où le poumon ni la plèvre ne sont le siége d'aucune affection réputée incurable, et d'autres opèrent encore dans ces circonstances, à titre de palliatif.

Les médecins militaires ont pris une part active aux débats sou-

levés par la question de la thoracentèse; ils ont de tout temps pratiqué cette opération, et quelques-uns d'entre eux ont jeté un nouveau jour sur ce sujet.

Nous citerons :

Larrey,

L'article de M. Bégin du *Dictionnaire le médecine et de chirurgie pratiques*.

La note de M. Malle, dans le *Bulletin de l'Académie nationale*, année 1837;

Le travail de M. Raymond Faure, dans la *Gaz. méd.*, 1836, portant sur huit malades, dont deux ont été guéris et six soulagés par la thoracentèse ;

La thèse de M. Sédillot, partout citée à juste titre, et dans laquelle il discute avec talent les diverses questions soulevées par ce sujet.

M. F. Jacquot a publié, dans le *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, année 1844, une observation de thoracentèse suivie de guérison, remarquable en ce qu'on ne fit qu'aider la nature, en ouvrant une tumeur déjà fluctuante, et que le malade guérit après une énorme évacuation de sérosité, de pus et de sang.

M. Barby a livré à la publicité, quelque temps après, deux observations de thoracentèse, dont l'une, dans laquelle on ne fit également qu'aider la nature, fut suivie de succès, tandis que la seconde, pratiquée sur un sujet tuberculeux, ne fit que prolonger son existence.

Enfin, le LXIIIe volume du *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires* renferme plusieurs observations de thoracentèse suivie de guérison.

Les deux observations qui suivent, vieilles presque d'un demi-siècle, témoignent que les médecins militaires pratiquaient la thoracentèse, malgré l'oubli dans lequel on l'avait laissée.

L'auteur s'est demandé comment la discussion relative à la thoracentèse avait pu s'éterniser pendant des siècles, comment une telle question avait pu rester non résolue. Après examen, il lui a semblé que ce résultat négatif tenait peut-être à ce que les faits capables d'élucider le problème n'avaient pas été colligés.

De quoi s'agit-il, en effet, si ce n'est de savoir comment se comporte l'épanchement pleurétique, lorsqu'il est combattu par la thoracentèse, et quel en est le dénoûment, lorsqu'il est traité par l'expectation ou par les moyens médicaux ordinaires? Ceci admis, le problème se réduirait à une question de statistique, que la médecine militaire résoudra dès qu'elle le voudra sérieusement.

TABLEAU COMPARATIF D'UN CERTAIN NOMBRE D'ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES COMBATTUS PAR LA THORACENTÈSE, AVEC INDICATION DES RÉSULTATS OBTENUS.

NOMS des auteurs.	Nombre des malades opérés.	Guérisons.	Soulagements.	SOURCES.
MM.				
Miot.	1	1		*Mémoires de médecine militaire*, t. 6, 2e série.
Mireau.	1	1		Id.
R. Faure.	8	2	6	*Gaz. méd.*, *Mém. de* 1837.
Monneret et Fleury.	64	49		*Compend. de méd. prat.*
Laveran.	2	2		*Mém. de méd. milit.*, t. LXII.
Goze.	1	1		Id.
Jacquot.	1	1		*Journ. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier.*
Barby.	2	1	1	Monographie.
Legouest.	1	1		*Mém. de méd. milit.*, t. VI, 2e série.
Molinard.	1			Id.
Davies.	16	12		Watson, *Practice of physic.*, London, 1843.
Hugues et Coek.	20	7		*Medical Times.*
Hamilton Roe.	24	18		*London medical gazette.*
	141	96		

Il résulterait de ce tableau que, sur 142 individus opérés, 96 auraient guéri, chiffre qui donne une proportion de 67 guérisons sur 100 opérations.

ENCÉPHALITE. — Observation d'encéphalite partielle (cérébrite) terminée par la gangrène, recueillie par M. *Guipon*, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, t. XVI, p. 191.

ENTÉRO-PÉRITONITE. — Observation d'entéro-péritonite tuberculeuse, avec perforation intestinale et formation d'un réservoir stercoral, recueillie par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XII, p. 222.

ENTORSES. — Note ministérielle relative aux précautions à prendre pour prévenir autant que possible les accidents consécutifs auxquels les entorses du pied donnent souvent lieu, t. V, p. 340.

ÉPANCHEMENT PLEURAL. — Épanchement dans la plèvre gauche, suite de perforation de l'estomac, par M. *Lagèze,* chirurgien-major au 6[e] régiment de dragons, t. VI, p. 34 à 39.

Un malade transporté sans connaissance à l'hôpital de Limoges, et offrant une matité prononcée de tout le côté gauche du thorax, succombe le lendemain. A l'autopsie, on trouve un épanchement considérable de liquide dans la plèvre gauche, liquide provenant de l'estomac perforé et communiquant avec le thorax.

ÉPANCHEMENT PLEURAL. — Note de M. *Boudin,* médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, au sujet de l'observation qui précède, t. VI, p. 37.

ÉPANCHEMENT PLEURAL. — Épanchement thoracique chronique, observation recueillie par M. *Vedrenne*, médecin aide-major au train des équipages de la garde impériale, t. XVIII, p. 318 à 329.

Cette observation est relative à un jeune homme de 17 ans, atteint d'épanchement pleurétique très-grave, chez qui il se forma, vers le milieu de la huitième côte, une tuméfaction sur laquelle on fit une application du caustique de Vienne pour donner issu au liquide, le malade ayant refusé de se soumettre à la thoracentèse.

Cette observation est suivie de quelques réflexions sur les cas analogues.

ÉPIDÉMIES. — Recherches sur les épidémies de La Rochelle, et particulièrement sur celle qui a régné en 1843, par M. *Crouigneau*, chirurgien sous-aide-major, t. I, p. 1.

L'auteur s'est proposé de démontrer :

1° Que le marais de Lafond, considéré en lui-même, n'est point un foyer d'infection;

2° Qu'il a au contraire une action favorable;

3° Qu'il est cependant, par suite de circonstances particulières et de conditions spéciales, la source d'épidémies sans en être le théâtre.

ÉPIDÉMIES. — Résumé des documents envoyés au Conseil de santé sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. IX, p. 1.—Histoire de l'endémo-épidémie de Civita-Vecchia en 1850, par M. *Jacquot*, médecin aide-major de 1re classe, t. X, p. 39. —Instruction pour les corps de troupes et les hôpitaux militaires, en prévision d'une épidémie de choléra, t. XII, p. 351. — Relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur la garnison d'Avignon, du 14 août au 31 octobre 1853, par M. *Lespiau*, médecin aide-major de 2e classe au 75e régiment de ligne, t. XIII, p. 169. — Extrait d'un rapport adressé au ministre de la guerre par M. *Bégin*, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé, à l'occasion d'une autre épidémie qui s'était manifestée dans la garnison d'Avignon, *ib.*, p. 220. — Relation de l'épidémie cholérique dont la première division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha, en 1854, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'ambulance, t. XV, p. 130. — Rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes à divers types qui a régné dans la colonie de Penthièvre (subdivision d'Oran), pendant les 2e et 3e semestres 1854, par M. *Masnou*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVI, p. 106. — Notice sur l'épidémie de choléra qui a régné à Constantine pendant les mois d'août, septembre et octobre 1854, par M. *Besnard*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de cette ville, *ib.*, p. 217. — Notice sur l'épidémie de typhus observée à l'hôpital militaire du lazaret du Frioul, pendant les mois de février et mars 1856, par M. *Billot*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Marseille, t. XVIII, p. 136. — Note sur le choléra-morbus épidémique de Tanger en 1855, par M. *Rolinger*, médecin aide-major détaché dans cette ville, *ib.*, p. 174. — Note sur une épidémie de panaris et autres inflammations du tissu cellulaire de la peau, observée à Nemours (province d'Oran) en août et septembre 1855, par M. *Potier-Duplessy*, médecin

aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 98. — Quelques considérations sur le traitement de la pourriture d'hôpital épidémique, par M. *Maupin*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, t. XX, p. 368. *Voy.* POURRITURE D'HÔPITAL.

EPIDIDYMITE. — Mémoire sur les avantages du vésicatoire dans l'épididymite, par M. *Achille Cordier*, chirurgien aide-major de 1re classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr, t. VIII, p. 192. — *Voy.* BLENNORRHAGIE.

ÉPILATION. — *Voy.* TEIGNE GRANULÉE.

ÉQUIVALENTS. — Équivalents nutritifs des aliments de l'homme, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XVIII, p. 451. — *Voy.* ALIMENTS.

ESQUILLES. — Mémoire sur la nécessité d'extraire immédiatement les corps étrangers et les esquilles dont la présence complique les plaies par armes à feu, par M. *Hutin*, chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides, t. VII, p. 175. — *Voy.* CORPS ÉTRANGERS.

ÉTATS ROMAINS. — Histoire médicale du corps d'occupation des États-Romains en 1851, par M. *Jacquot*, médecin major de 2e classe, t. XIV, p. 55. — *Voy.* ROME.

ÉTHÉRISATION. — De l'éthérisation, par M. *Marchal* (de Calvi), professeur de physiologie normale et d'anatomie pathologique à l'École du Val-de-Grâce, t. III, p. 194.

En établissant, dans un avant-propos, que la douleur, dans les opérations chirurgicales, doit être considérée en tant que fait moral et en tant que fait physique, l'auteur pose en principe que la douleur agit surtout comme fait moral, qu'elle rend plus graves les accidents dont l'opération

est naturellement suivie et qu'elle épuise la force nerveuse du malade. Rappelant que Dupuytren disait à ce sujet, qu'on meurt par la perte du fluide nerveux comme on meurt par la perte du fluide sanguin, l'auteur glorifie la découverte d'un moyen capable de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales et consacre le travail qu'il présente à l'étude de cette découverte et de l'éthérisation.

M. Marchal (de Calvi) divise cette étude en trois parties: partie historique; partie physiologique; partie thérapeutique.

Dans la partie historique, la seule qu'il ait traitée dans ce travail, l'auteur expose successivement dans des paragraphes distincts :

Les moyens essayés pour supprimer la douleur pendant les opérations chirurgicales avant la découverte de l'éthérisation. Les effets connus de l'éther avant la découverte de l'éthérisation. La découverte de l'éthérisation et l'indication de son véritable auteur. Les revendications de priorité qui se sont produites. La divulgation de cette découverte, sa propagation en Europe; les résultats des expérimentations auxquelles elle donne lieu en Angleterre, en France, en Allemagne, en Suisse, en Italie, et le résumé d'une délibération de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences sur cette importante question.

ÉTHÉRISATION. — Rapport adressé au Conseil de santé sur l'éthérisation appliquée à diverses opérations chirurgicales, par M. *Hénot,* chirurgien principal de 1re classe, chirurgien en chef et premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, t. III, p. 265.

Après avoir préalablement expérimenté l'éther sulfurique sur trois personnes qui se sont volontairement soumises aux inhalations éthérées, et avoir reconnu que ces expériences confirmaient ce que la presse médicale avait annoncé sur les effets de l'inhalation de l'éther, M. Hénot se crut autorisé à employer cet agent chimique dans la sphère de sa pratique chirurgicale et s'empressa de fournir son contingent de documents à l'élucidation de la question si importante de l'éthérisation.

Les faits d'éthérisation rapportés par l'auteur, et recueillis par lui-même, sont au nombre de dix-huit et comprennent:

L'extirpation de deux tumeurs, l'une à la face, l'autre au cou.

Quatre opérations de fistules anales, dont deux compliquées.

Une opération de fistule lacrymale chez un malade très-nerveux.

Quatre amputations partielles d'un ou de deux doigts.

Deux amputations : l'une de l'avant-bras droit, l'autre du bras du même côté.

Une amputation partielle du pied gauche.

L'extirpation d'un cancer au sein droit.

Une tentative infructueuse de réduction d'une luxation scapulo-humérale gauche, au moyen de l'éthérisation.

Une désarticulation coxo-fémorale du côté droit.

De ces faits pratiques, dans seize desquels le succès de l'éthérisation a été complet sous le rapport de l'insensibilité et de l'abolition de la douleur, et d'un grand nombre de faits analogues, publiés par la presse médicale, l'auteur déduit des considérations générales sur l'utilité, l'innocuité et la sûreté de l'éthérisation, sur les phénomènes physiologiques qui la caractérisent, sur son mode d'action et enfin sur les opérations chirurgicales qui la réclament ou l'excluent.

Ses principales conclusions sont les suivantes :

L'éthérisation est une ressource précieuse pour l'humanité et pour l'art chirurgical ; elle pourra être employée avec sécurité dans un grand nombre d'opérations chez les adolescents, les adultes, pendant l'âge mûr ; chez les femmes et chez les personnes éminemment nerveuses ; elle sera surtout précieuse chez celles dont l'exaltation nerveuse est telle, que la vue ou le contact d'un instrument chirurgical provoque la terreur qui se traduit par un trouble profond de l'innervation et des mouvements convulsifs.

Chez les enfants, l'éthérisation ne pourra être employée que par la voie incertaine du gros intestin ; et chez les vieillards, les infirmités et les conditions maladives si fréquentes à cette époque de la vie, commanderont la plus grande réserve dans l'emploi de ce moyen.

ÉTUVE. — Note sur une étuve à courant d'air, par M. *Coulier*, pharmacien-major à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XXI, p. 444.

Cette étuve peut être chauffée au moyen de toutes les lampes à double courant, pourvu qu'elles ne laissent pas dégager de fumée. — Les lampes à niveau constant sont préférables à celles à modérateur.

Les substances à dessécher sont placées sur des plaques de verre qui se glissent dans l'intérieur de l'étuve à la manière des tiroirs et reposent sur des lames de ferblanc coudées à angle droit et rivées contre les parois de la boîte. — Dans une partie se trouvent deux ouvertures destinées à recevoir des thermomètres à l'aide desquels on règle facilement la température. Celle-ci est d'autant plus élevée qu'on l'examine plus près de l'orifice où se trouve la lampe. Cet appareil permet d'opérer la dessication à toutes les températures entre 50 et 200°, de ne pas exiger de surveillance et de pouvoir fonctionner avec sécurité pendant la nuit.

Toutes les pièces de l'appareil doivent être rivées et non soudées, ce qui met à l'abri des accidents provenant de la fusion des soudures.

ÉTOFFES. — Mémoire sur les propriétés hygiéniques des étoffes qui servent à confectionner les vêtements militaires, par M. *Coulier*, pharmacien-major, professeur agrégé de chimie à l'Ecole impériale d'application

de médecine et de pharmacie militaires, t. XXI, p. 421.

L'auteur, frappé du petit nombre d'essais entrepris pour étudier expérimentalement les propriétés des étoffes, n'a cependant pas cru impossible de réunir les conditions de simplicité nécessaires pour ce travail, dont le sujet, déclare-t-il, lui a été indiqué par M. le médecin inspecteur Michel Lévy.

Comme dans ses recherches M. Coulier avait surtout en vue l'hygiène du soldat, toutes ses expériences ont été faites avec les tissus qui servent à confectionner les vêtements militaires : toile de coton pour chemises et pour doublure ; toile de lin écru pour doublure de veste et capote ; drap bleu foncé pour soldats et sous-officiers ; drap garance pour soldats et pour sous-officiers ; enfin drap gris de fer bleuté pour capote.

Considérant que les vêtements dont l'homme se couvre ont pour but, dans un milieu froid, d'empêcher la chaleur de son corps de se répandre trop vite dans l'atmosphère ; dans un climat chaud, de le garantir contre l'ardeur des rayons du soleil ; enfin, lorsque son corps se couvre de sueur, de résoudre le difficile problème de le sécher en évitant le refroidissement dont instinctivement on sent le danger, M. Coulier a divisé son travail en trois parties et s'est successivement occupé :

1° Des étoffes considérées comme agents protecteurs contre le froid.

2° Des étoffes considérées au point de vue de leur pouvoir absorbant.

3° Des vêtements considérés comme agents protecteurs contre la chaleur.

De ses recherches, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La couleur des vêtements est sans influence sensible sur la déperdition du calorique.

2° Tous les tissus sont susceptibles d'absorber, à l'état latent, une certaine quantité d'eau hygrométrique : cette quantité, assez considérable pour la laine, est moindre pour le chanvre, et surtout pour le coton.

3° Cette absorption se fait sans déperdition immédiate de calorique pour le corps humain.

4° La couleur des tissus a une grande influence sur l'absorption de la chaleur solaire, et il suffit, quelle que soit d'ailleurs la nature des vêtements, de modifier convenablement leur surface extérieure pour bénéficier des avantages que présentent les étoffes blanches lorsqu'on se trouve exposé aux ardeurs du soleil.

EYNAUD, *médecin aide-major au 28e de ligne* (1). — Des fièvres intermittentes qui règnent dans le département de la Corrèze, t. XVI, p. 156.

(1) Médecin aide-major de 1re classe au 53e de ligne.

F

FARCIN. — Farcin chronique compliqué de morve aiguë, par M. *Bréant*, médecin major au 12e régiment de chasseurs, t. XVIII, p. 279 à 289.

Cette observation a trait à un cavalier atteint de farcin, bien qu'il n'existât, au dire de l'auteur, aucun cas de farcin ni de morve parmi les chevaux avec lesquels il avait des rapports. Le malade, à la vérité, avait été mordu par un cheval, mais ce dernier, un an après la morsure, jouissait encore d'une santé parfaite.

FARCIN. — De la morve et du farcin communiqués par infection médiate ou immédiate du cheval à l'homme de guerre, et des moyens pratiques propres à en diminuer la fréquence dans l'armée, par M. *Bernier*, médecin major au 8e régiment de dragons, t. XIX, p. 1.

Probablement méconnus pendant plusieurs siècles, le farcin et la morve ont dû faire aux diverses époques de notre histoire scientifique, de nombreuses victimes. Leur existence pourtant n'a été soupçonnée qu'en 1810 ; elle a été, depuis, mise hors de doute, et se trouve maintenant généralement acceptée. On s'accorde encore sur l'origine qu'il faut attribuer à la morve et au farcin. Ces maladies sont transmises du cheval à l'homme ; elles paraissent avoir eu toujours une terminaison funeste.

C'est dans de telles conditions que chaque année 80,000 cavaliers sont mis en présence de 50,000 chevaux qui fournissent, 1852 étant pris pour exemple, 919 cas de morve parmi les chevaux de troupe, et 58 parmi les chevaux d'officiers, dont l'effectif était, cette même année, de 3,358. Les mesures prises en vue de rendre aussi inoffensif que possible ce redoutable contact sont-elles suffisantes? l'auteur ne le pense pas.

De 1810 à 1827 la question importante soulevée par Valdiger et Lorain provoqua le doute et ne fit pas de progrès ; de 1827 à 1833 la symptomatologie de la morve et du farcin se forma peu à peu. En 1837, M. Rayer jeta, par son travail remarquable, un grand jour sur leur histoire. Après lui M. Ambroise Tardieu rendit aussi à la science un service important en classant les symptômes de ces affections nouvellement étudiées, en distinguant les phénomènes propres à l'état aigu de ceux qui appartiennent à la forme chronique, qui est celle qui mène ordinairement à la mort les victimes de la contagion.

L'auteur se range à l'opinion que la morve et le farcin sont deux expressions d'une même maladie qui ne diffèrent en rien par rapport à

leur cause génératrice ; elles dérivent d'un même virus accusant sa présence par des symptômes différant suivant le lieu où ils se produisent, et appartenant à une cause unique, une altération du sang, soit antécédente, soit concomitante.

Il importe, à l'occasion de la morve farcineuse, la plus fréquente, suivant l'auteur, de distinguer du groupe des symptômes qui en constituent le fonds, l'exanthème, qui est la forme de cette maladie, et la source d'accidents fébriles souvent considérables. — La morve et le farcin ont pour *éléments fixes*, des abcès, des pustules, des ulcérations des fosses nasales, et enfin la sécrétion particulière appelée *jetage* ; la fièvre que détermine dans ces mêmes maladies un véritable empoisonnement spécifique en est un *élément variable*. Le principe qui se produit, véritable poison animal, est essentiellement contagieux, non-seulement par inoculation, mais encore par infection. La morve paraît n'être jamais spontanée chez l'homme.

L'auteur pense que, pour hâter la venue de l'époque où il sera possible d'opposer des moyens efficaces à ces maladies, il convient de les étudier, de les décrire nettement : c'est dans ce but qu'il publie les observations qu'il possède, soit parce qu'il les a recueillies lui-même, soit parce qu'il les a obtenues de sources dignes de confiance.

Avant de donner ces observations, l'auteur rappelle sommairement l'histoire d'un hussard du 8e régiment, qui fut atteint de farcin après s'être enveloppé, étant de garde à l'infirmerie, dans des couvertures de chevaux en traitement. Ce fait, habilement reconnu par le docteur Clerc à Saint-Germain, a été, plus tard, pour l'auteur, un utile renseignement. La maladie de ce hussard avait débuté par un abcès de la cuisse, d'apparence phlegmoneuse ; la mort fut rapide. Ce fait est classé par l'auteur au nombre de ceux qui ne permettent pas de nier la contagion directe et l'infection médiate.

La *première observation* du mémoire a été recueillie par l'auteur à l'hôpital de Neufbrisach où le malade qui en est le sujet, âgé de 27 ans, fut admis le 20 juin 1846 ; il mourut quinze jours après, le 5 juillet.

A l'époque de son entrée il avait à la partie interne de la cuisse droite une petite plaie qui parut être sans gravité ainsi qu'une petite tumeur fluctuante placée près de la malléole externe, du même coté. Le malade reconnaissait qu'il avait négligé, pendant deux ou trois mois, de montrer au médecin de son corps un bouton qui s'était ulcéré, pendant une route, par le frottement du pantalon ; que la plaie qui s'était produite lui causait beaucoup de malaise. Il n'avait pas eu de maladie vénérienne, et cependant il éprouvait des douleurs ostéocopes très-violentes. Bientôt survint une violente céphalalgie avec fièvre ardente.— Trois médecins, comme l'auteur, crurent à une affection rhumatismale, lorsque le 2 juillet la maladie se caractérisa par des phlyctènes violacées, et des petits abcès ambulants développés jusque dans la substance des muscles. — Dès le 4, les narines laissent écouler un peu de sanie purulente ; délire, selles involontaires ; mort.

Comme confirmation du diagnostic auquel l'auteur a été conduit par le tableau qu'il avait eu sous les yeux à Saint-Germain, on apprend que vers l'époque de l'apparition de la maladie, un mois avant à peu près,

l'artilleur qui en a été victime avait été employé à l'infirmerie des chevaux morveux. L'autopsie montre : des ecchymoses sur tout le corps, l'injection vive et l'ulcération de la muqueuse des fosses nasales et des sinus maxillaires, qui est encore parsemée de petits corps arrondis blanchâtres et ressemblant assez à des graines de millet, des abcès multiples, etc.

La *deuxième observation* est celle d'un chasseur entré le 15 novembre 1849 à l'hôpital de Sarreguemines, et qui y est mort le 20 du même mois. Ce militaire, qui souffrait depuis quinze jours d'un mal de gorge avec céphalalgie et douleurs des articulations, n'avait plus le jour de son entrée un seul instant de repos; son haleine était fétide, la bouche ne s'ouvrait que difficilement et laissait couler une sanie d'odeur gangréneuse ; ulcérations gangréneuses avec plaques noires des amygdales et des piliers antérieurs du voile du palais, même état de la paroi postérieure du pharynx ; sanie sanguinolente et visqueuse sortant des fosses nasales ; phlyctènes et pustules sur divers points du corps, principalement sur la face et le scrotum. Un médecin vétérinaire qui voit le malade trouve le cas semblable à celui de l'un de ses camarades d'école, mort à Alfort de morve aiguë inoculée par une piqûre faite au doigt. — Vomissement de sang la veille de la mort.

A l'autopsie : destruction presque complète des amygdales, du voile du palais et de ses piliers; état particulier de la membrane pituitaire qui est couverte d'un mucus grisâtre, puriforme, qui est épaissie, boursoufflée et sur laquelle on distingue de petites élevures jaunâtres, arrondies, disséminées et groupées sur divers points. L'auteur est réduit à des conjectures sur l'origine de cette maladie; depuis longtemps il n'y avait pas de chevaux atteints de morve au 6e chasseurs.

Troisième observation recueillie à l'hôpital d'Abbeville par le docteur Jules Dubois. N..., chasseur au 12e régiment, mordu le 1er août 1852 par un cheval sain par-dessus sa chemise qui resta intacte ; plaie contuse à la région latérale du dos, suite de cette morsure. Entra le 13 avril 1854 dans le service de M. Vésignié; persistance d'une plaie ulcéreuse; on croit à une affection vénérienne; traitement mercuriel; amélioration momentanée; en juin suivant, traitement par l'iodure de potassium : après deux mois de l'emploi de ce moyen on obtient à grande peine la cicatrisation, mais inégale et de mauvais aspect, de l'ulcère. Alors la fièvre survient; une tumeur se produit à la face postérieure de l'avant-bras droit; une autre à la cuisse droite; puis se montrent des taches violacées sur divers points et bientôt des produits visqueux et sanguinolents, de l'expectoration, sans altération pulmonaire appréciable. Puis, les abcès deviennent plus nombreux, ceux qui sont ouverts ne se cicatrisent pas et fournissent du pus sanieux de mauvais caractère; tumeur au voile du palais tombant en quelques jours en gangrène ; issue par les fosses nasales de mucus constituant un véritable *jetage;* gangrène du nez ; mort le 14 décembre 1854. Autopsie : ulcères d'aspect gangréneux aux extrémités inférieures et aux bras; à la face pustules ; abcès au voisinage des articulations ; muqueuse nasale injectée, boursoufflée, présentant à la fois de petites plaques blanches dures et des plaques noires avec commencement de ramollissement; ulcérations. Dans les poumons, noyaux pneumoniques.

La *quatrième observation* appartient à M. Saucerotte qui l'a recueillie dans les salles militaires de l'hôpital de Lunéville ; elle a rapport à un cas de farcin aigu contracté par infection. La mort y est la suite d hémorrhagie survenue après la trachéotomie.

La *cinquième observation*, recueillie à l'hôpital de Béthune par le docteur Leroy, est celle d'un hussard du 4e régiment, qui aurait présenté les signes du farcin chronique après avoir soigné un cheval morveux. Quatre abcès se sont manifestés successivement sur différents points du corps ; ils ont été ouverts par des boutons de feu appliqués circulairement autour de chaque tumeur. Les dernières nouvelles que l'observateur a eues de son malade, parti en convalescence, étaient favorables ; cependant il éprouvait, disait-on, encore parfois des douleurs rhumatismales ambulantes.

La *sixième observation* a trait à un cas de farcin aigu, suivi de mort ; elle appartient comme la quatrième à M. Saucerotte qui l'a recueillie à Lunéville. Ce n'est que peu avant la mort du militaire qui est le sujet de cette observation que les caractères du farcin devinrent évidents pour l'auteur de l'observation.

Après ces six observations, l'auteur du mémoire donne un tableau résumant les circonstances importantes des faits de morve et de farcin que la science a enregistrés de 1811 à 1856 : ces faits sont au nombre de 45.

Après avoir fourni ces éléments de la question, l'auteur l'aborde en la résumant à son point de vue le plus général.

Etiologie.

Il n'existe pour lui qu'un moyen de développement de la morve et du farcin chez l'homme, et ce moyen, qui est spécifique, c'est la transmission médiate ou immédiate. La transmission s'opère le plus souvent par infection générale ; mais elle peut être aussi le résultat d'une véritable inoculation. L'époque de la transmission précède souvent de plusieurs mois l'apparition des premiers accidents. Chez l'homme, l'aptitude à la contagion doit être très-rare.

Marche de la morve aiguë.

Elle est de 3 à 25 jours ; elle se termine toujours par la mort.

La maladie qui débute par le farcin suit ordinairement une marche lente, irrégulière. Sa durée peut être de quatre mois à une année, et plus encore.

Symptômes de la morve farcineuse aiguë.

Période d'incubation, à laquelle succèdent des accidents souvent peu graves en apparence : courbature, céphalalgie, frisson initial ; puis viennent la dyspnée, les douleurs thoraciques, la diarrhée, les rêves pénibles, etc. ; plus tard les douleurs arthritiques et musculaires, des accès irréguliers ou franchement intermittents, puis les pustules, les plaques érysipélateuses, des bulles gangréneuses, les collections purulentes, l'œdème, etc.

L'éruption des fosses nasales est facile à apercevoir sur la cloison du

nez ; la dégénérescence des parties de cet organe détermine l'écoulement par la bouche ou par les narines d'un liquide particulier.

Symptômes du farcin ou morve sans jetage.

Chez l'homme, dans ce cas, on ne rencontre pas les engorgements des ganglions qui s'observent toujours chez le cheval. Le farcin développé par infection est presque toujours, comme la morve, précédé de fièvre initiale, de symptômes gastriques, de rêvasseries ; viennent ensuite les douleurs articulaires ou musculaires, simulant les rhumatismes; viennent plus tard les phlegmons, les pustules et les engorgements circonscrits ; les abcès dont le pus est pendant quelques heures albumineux, ou qui, après vingt-quatre heures de leur apparition, est semblable à du chocolat plus ou moins foncé. C'est après l'ouverture des abcès que la constitution s'altère. Quand le farcin est le résultat de l'inoculation, il débute par des accidents qui indiquent l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et la phlébite superficielle.

Marche de la morve farcineuse.

Elle est toujours rapide à compter du jour où elle est confirmée. L'angiolencite farcineuse est au contraire très-lente quand elle résulte de causes médiates.

Anatomie pathologique de la morve aiguë.

Lésions générales : pustules, bulles, tubercules, éruptions varioloïformes à boutons non ombiliqués, ecchymoses, plaques gangréneuses de la face et des parties génitales ; bouffissure, œdème des yeux, infiltrations séro-sangninolentes ; abcès multiples dans l'épaisseur des muscles. — Lésions locales et internes : nécrose des os du crâne, perforation de la cloison nasale, œdème de la glotte, pétéchies, élevures de la muqueuse et parfois gangrène de cette même membrane qui est baignée d'une sanie purulente carastéristique, et parsemée de grains blanchâtres assez semblables à du millet. — Congestions, ecchymoses des poumons, traces de pneumonie lobulaire.

Traitement.

Toute son importance consiste dans la prophylaxie.

Prophylaxie pratique de la morve farcineuse dans l'armée.

L'auteur recommande des soins de propreté après le pansement des chevaux farcineux ; que l'on se protége avec grand soin si l'on a aux mains quelque blessure, ou même des excoriations. Les vétérinaires et leurs aides devraient toujours garantir leur visage et porter de bons gants. Les cavaliers doivent éviter de s'envelopper dans les couvertures qui ont servi aux chevaux. Il importe de ne pas employer longtemps les mêmes hommes au service des chevaux morveux ; de ne pas les envoyer à jeun dans les écu-

ries de l'infirmerie; de leur recommander de ne pas employer la paille salie des litières pour bouchonner les chevaux; de ne pas boire dans les seaux qui servent à l'infirmerie. Si l'on s'est piqué avec de la paille ou autrement, il faut ne pas porter la main à la bouche pour opérer la succion de la plaie. En un mot, il convient : 1° de diminuer le nombre des chevaux morveux en les abattant dès que leur maladie est constatée; 2° de supprimer tout rapport entre les hommes et les chevaux morveux. Les intérêts de l'humanité, ceux du trésor public réclament l'adoption de ces mesures que l'auteur regarde comme indispensables.

FARCIN. — Observation d'abcès multiples; affection farcino-morveuse, par M. *Cabasse*, médecin aide-major de 1re classe à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, t. XVIII, p. 273.

FARCIN. — Observation de farcin chronique, par M. *Justin Lacronique*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Lille, t. XIX, p. 62.

FAURE-VILLAR, *médecin principal de* 1re *classe* (1). — Recherches de statistique médicale sur l'Hôtel des Invalides, t. XI, p. 204.

FER (SULFATE DE PEROXYDE DE). — *Voy*. HÉMOSTATIQUES.

FÈVES. — *Voy*. ALIMENTS.

FIÈVRES INTERMITTENTES. — Des fièvres intermittentes qui règnent dans le département de la Corrèze, par M. *Eynaud*, médecin aide-major au 28e régiment de ligne, t. XVI, p. 156 à 164.

Le département de la Corrèze est un vaste plateau profondément raviné et sillonné par des cours d'eau. Les nuits y sont fraîches pendant toute l'année; les brouillards y sont permanents; les eaux y sont partout conduites au moyen de tuyaux en bois qui ne tardent pas à se décomposer. Les fièvres intermittentes sont rares sur les points où l'on fait usage de l'eau de puits, et se montrent très-fréquentes là où l'on se sert de tuyaux de bois. Elles affectent généralement le type quotidien et

---

(1) Médecin en chef de l'Hôtel impérial des Invalides.

s'accompagnent ordinairement de symptômes bilieux. Dans les campagnes, elles revêtent souvent la forme pernicieuse. Le sulfate de quinine est le spécifique de ces fièvres. Comme mesure préventive, l'auteur recommande la renonciation aux prairies artificielles et aux tuyaux de bois.

FIÈVRES INTERMITTENTES. — De l'emploi de l'extrait de laurier rose dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. *France,* chirurgien aide-major chargé de service à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad, t. IV, p. 190. — Etudes statistiques sur les alternatives quotidiennes d'augmentation et de diminution du volume de la rate dans les fièvres intermittentes, par M. *F. Durand*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tenez, t. V, p. 110. —Rapport sur l'épidémie des fièvres intermittentes à divers types, qui a régné dans la colonie de Penthièvre (subdivision d'Oran) pendant les 2e et 3e trimestres 1854, par M. *Masnou*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVI, p. 106.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Note sur la fièvre typhoïde, par MM. *Bégin* et *Lévy* (Michel), médecins inspecteurs, membres du Conseil de santé des armées, t. XII, p. 63 à 75.

L'épidémie typhoïde qui a régné dans la garnison de Paris au commencement de l'année 1853, a été également remarquable et par son extension et par sa durée.

C'est au commencement de janvier 1853 qu'elle est arrivée à se caractériser, de manière à exciter l'attention, et c'est à partir de cette époque qu'elle a prédominé dans les hôpitaux de Paris, soit en se substituant aux maladies ordinaires de la saison, soit en marquant d'un cachet spécial les affections concomitantes.

L'existence de l'épidémie ne peut être révoquée en doute : du 1er janvier au 21 mars, il a été traité dans les trois hôpitaux militaires de Paris 530 malades atteints de fièvre typhoïde, y compris toutefois ceux qui se trouvaient déjà présents au 1er janvier dans les divers services.

Tous les corps de troupes faisant partie de la garnison de Paris ont subi l'influence de l'épidémie, mais à des degrés divers.

La dissémination de la maladie et le peu d'extension qu'elle a prise dans chaque corps de troupes ne permettent pas de s'arrêter à l'idée de contagion.

Il existe pour chaque corps de troupes, à quelque arme qu'il appartienne, une échelle d'aisance, représentée par la série hiérarchique. Voici

quelles ont été les proportions de maladivité et de mortalité suivant les grades.

GRADES.	NOMBRE DES TYPHOIQUES	
	envoyés à l'hôpital.	décédés.
Caporaux et Brigadiers.	16	6
Sous-officiers.	4	3
Officiers.	2	»

On voit par ces résultats combien l'aisance est efficace dans ses gradations pour neutraliser l'influence épidémique; ils montrent aussi que les militaires gradés ne se décident à entrer à l'hôpital que lorsqu'ils sont gravement atteints.

La forme de la maladie a été notée dans 174 cas, savoir :

Forme intermittente irrégulière au début. . .	1
— catarrhale.	3
— muqueuse.	1
— adynamique.	38
— ataxique.	12
— ataxo-dynamique.	11
— abdominale.	48
— pectorale.	37
— cérébrale.	7
— comateuse.	15
— comateuse et pectorale...	1

La mortalité a été, du 1er janvier au 18-21 mars, de 95 sur 530 typhoïques traités dans les trois hôpitaux, ce qui donne une moyenne générale de 1 décès sur 5,53 ; mais il est à remarquer qu'au moment de la visite dans les hôpitaux (mars), il s'y trouvait un certain nombre de typhoïques en grand danger.

Le tableau suivant fait connaître le nombre des typhoïques admis dans chaque hôpital, celui des décédés et celui des malades qui s'y trouvaient encore en péril lors de la visite des auteurs.

HOPITAUX.	TYPHOIQUES		
	reçus	décédés	en péril
Val-de-Grâce.	229	43	14
Gros-Caillou.	120	29	12
Roule	181	29	5

PROPORTION DE MORTALITÉ.

Val-de-Grâce.	1 décès sur 5,32
Gros-Caillou.	1 décès sur 4,44
Roule.	1 décès sur 6,24

Les traitements adoptés diffèrent non-seulement d'hôpital à hôpital, mais il serait impossible de les apprécier d'après les données statistiques qui précèdent.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Note sur la fièvre typhoïde telle qu'on l'observe en Algérie, par M. *Netter*, médecin major de 2e classe, t. XVI, p. 151 à 156.

On confond souvent, en Algérie, sous la dénomination de fièvre typhoïde, deux maladies de nature tout à fait distincte : l'une, la fièvre typhoïde dothinentérique, l'autre, la forme typhoïde que peuvent affecter les fièvres rémittentes ou continues des pays chauds. Règle générale, l'arrivée en Algérie est-elle récente, il y a une grande présomption en faveur de la fièvre typhoïde ; le séjour est-il ancien, toutes les probabilités sont en faveur d'une fièvre à quinquina.

FINOT, *médecin ordinaire de* 1re *classe* (1).—Observations sur l'action thérapeutique des eaux thermales de Vichy, t. V, p. 33. — Notice nécrologique sur M. *Zinck*, ancien chirurgien principal en retraite, etc., t. VIII, p. 337.

FOIE. — Observation de plusieurs abcès du foie, dont un énorme kyste hydatique, etc., recueillie à l'hôpital de Mostaganem, par M. *Guipon*, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment des chasseurs d'Afrique, t. XVI, p. 207. — Des abcès de foie ; considérations étiologiques à l'occasion d'un cas de guérison d'abcès hépatique, par M. *Jules Périer*, médecin de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule, t. XIX, p. 70. *Voy.* ABCÈS.

FORGEMOL, *chirurgien-major de* 1re *classe au* 3e *régiment de hussards* (2). — Topographie physique et médicale de Besançon et de ses environs, t. XIII, p. 50.

---

(1) Médecin principal de 1re classe à l'école impériale d'application de l'artillerie et du génie.

(2) Aujourd'hui en retraite.

FORTIER, *pharmacien major de* 1re *classe* (1). — Analyse d'un échantillon de sel gemme provenant des environs de Djelfa, t. XV, p. 386.

FRACTURES. — Recherches sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu, par M. ***Hutin***, médecin en chef de l'Hôtel impérial des Invalides, t. XIV, p. 252.

L'auteur expose que tous les chirurgiens s'accordent à regarder comme très-graves les fractures du fémur causées par les plaies d'armes à feu, et que beaucoup de praticiens n'hésitent pas à considérer les blessures de cette espèce comme mortelles, lorsqu'on n'a pas le soin de recourir promptement à l'amputation. Pour confirmer cette proposition, l'auteur cite, sur ce sujet, l'opinion des principaux médecins de l'armée : Ravaton, Percy, Larrey, Zinck, Baudens ; celle de plusieurs praticiens éminents : Gaultier de Claubry, Jobert de Lamballe, Dupuytren, et enfin celle que Ribes exprima en 1831, après avoir inutilement cherché aux Invalides des militaires admis à l'Hôtel par suite de la fracture du milieu du fémur ou de la moitié inférieure des os de la jambe, causée par des coups de feu.

Bien qu'il partageât lui-même une opinion si généralement admise, M. Hutin voulut reprendre les investigations de Ribes sur les fractures de cuisse au-dessus de son milieu et les fractures de la jambe dans sa moitié inférieure; ce sont les résultats de ses recherches qui font la matière de ce mémoire.

Sur un effectif de 4,379 hommes dont il a constaté les mutilations, de 1847 à 1853, l'auteur a trouvé 143 amputés de la cuisse et 230 amputations de la jambe.

L'énumération des causes de ces amputations fait voir que, parmi les cuissards, vingt ont été amputés pour des coups de feu fracturant comminutivement le fémur avec plaies ; et que, parmi les amputés de la jambe, quatre-vingt-deux ont subi l'amputation pour des accidents analogues aux deux os de la jambe.

Les investigations auxquelles M. Hutin s'est livré lui ont fourni des données bien plus inattendues que les précédentes. Il a trouvé un bon nombre d'anciens militaires qui ont eu des fractures comminutives de la cuisse ou de la jambe par suite de coups de feu, avec plaies plus ou moins déchirées des parties molles, qui n'ont pas été amputés, et chez lesquels la guérison s'est faite sans laisser d'autres accidents ultérieurs que les

(1) Admis à la pension de retraite.

douleurs irrégulières et intermittentes inséparables des graves blessures, et plus ou moins de claudication.

Après avoir présenté les diverses considérations qui se rattachent à ces documents, l'auteur termine son travail en repoussant l'idée qu'on lui supposait de vouloir insinuer que les fractures de la moitié supérieure du fémur ou de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu, sont moins graves qu'elles le sont réellement, et en déclarant qu'il les considère au contraire comme devant être constamment rangées parmi les lésions les plus redoutables, mais qu'il a voulu faire voir qu'elles ne sont pas nécessairement mortelles si l'on n'a pas recours à l'amputation.

FRACTURES. — Fracture des deux os de la jambe par une balle. Observation communiquée par M. *Baudens,* médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. XIV, p. 275.

Un officier de la garde mobile, blessé à la jambe gauche par une balle, à l'attaque du Panthéon, est apporté, le 23 juin 1848, à huit heures du soir, au Val-de-Grâce. A l'aide du doigt introduit dans le trajet du projectile, on constate une double fracture comminutive du tibia et du péroné à la partie moyenne de la jambe gauche. Dix-neuf esquilles appartenant au tibia et quatre autres pièces d'os détachées du péroné sont immédiatement extraites. Il en résulte une perte de substance osseuse de onze centimètres.

A la vue de désordres si graves, les professeurs du Val-de-Grâce présents sont d'avis que l'amputation doit être pratiquée sans délai. M. Baudens persiste dans sa confiance de conserver le membre.

La jambe lésée est déposée dans sa boîte à fracture ; des liens sont disposés de manière à faire converger doucement, pendant les premiers jours, les fragments l'un vers l'autre ; des applications de glace sont faites pendant quarante-six jours ; on les supprime par intervalles pour les reprendre encore de temps en temps quand la réaction redevient trop vive, et on ne les abandonne tout à fait qu'après cent six jours.

A partir du 4 janvier 1849, le membre est assez solide pour que le blessé puisse marcher avec des béquilles. Le raccourcissement est de sept centimètres. Au bout de quatre ans, la marche est solide et peut s'opérer sans béquilles et sans aucun support étranger.

Cette observation est citée par M. Baudens à l'occasion de ce qui, dans le travail précédent, concerne les fractures de la jambe, et comme un des plus beaux exemples de la puissance conservatrice de l'art.

FRACTURES. — Deux observations de fractures multiples, sans désignation de nom d'auteur, t. II, p. 249.

I. Observation de fracture du sternum, de plusieurs côtes, et de la clavicule.

Un chasseur du 2e bataillon d'Afrique, se trouvant dans un état d'ivresse, tombe dans un puits de cinq à six mètres de profondeur, vers neuf heures du soir, et n'en est retiré que le lendemain matin.

Immédiatement transporté à l'hôpital, il succombe le jour suivant malgré les soins dont il est entouré.

A l'autopsie, on constate une fracture de la deuxième côte droite et de la deuxième côte gauche à leur tiers antérieur, une fracture de la troisième côte gauche entre l'angle et sa tubérosité, une fracture de la clavicule vers son tiers externe, un épanchement sanguin dans le côté gauche de la poitrine et dans le péricarde.

II. Observation de plaies contuses et de fracture du tibia et du cubitus.

Un condamné au boulet fut blessé par l'explosion d'une mine, le 23 janvier 1844 ; il entra le même jour à l'hôpital. La fosse temporale gauche présente une vaste plaie, l'œil gauche est vide, la paupière supérieure et l'oreille du même côté sont déchirées, le cubitus gauche est fracturé comminutivement à son tiers inférieur, le tibia du même côté est également fracturé comminutivement à sa partie supérieure.

Des pansements simples et l'application des bandages ordinairement employés en pareil cas amènent, après quatre mois, une guérison presque complète.

FRACTURES. — Observations et remarques sur la fracture de la clavicule, sans noms d'auteurs, t. II, p. 259.

Les considérations présentées dans ce travail s'appuient sur dix-huit observations de fractures de la clavicule parvenues au Conseil de santé depuis 1843 jusqu'à 1847 (1). Ce nombre est loin de comprendre, sans doute, toutes les fractures de la clavicule qui se sont présentées dans les hôpitaux militaires et ambulances durant cet espace de temps. Dans ce chiffre, d'ailleurs, ne sont pas comprises les fractures par armes à feu.

D'après le dépouillement de ces dix-huit cas, neuf fois la fracture a eu lieu du côté gauche et neuf fois du côté droit.

Si l'on divise par la pensée la clavicule de manière à en avoir une moitié sternale et une moitié scapulaire, on voit que cinq fois sur dix-

---

(1) Ces observations ont été rédigées par MM. Geay, Bedel, Lemarchand, Saget, Dejagher, Aubas, De Santi, Girma, Grimaud, Herpin, Corne, Hanseron, Drapier, Achard, Oppenheim, Nuzillat, Gleizes.

huit, la fracture a eu lieu au point d'intersection, qu'une seule fois elle s'est produite dans la moitié sternale, et que dans le reste des cas (douze fois sur dix-huit) elle a affecté la moitié scapulaire.

Sur ces dix-huit observations, quinze sont des cas de fracture simple: les trois autres cas sont compliqués, l'un d'une forte contusion de l'épaule, l'autre de fracture du pariétal gauche, de large plaie de tête avec dénudation de l'artère temporal et de nombreuses contusions, le troisième, de fracture du col de l'humérus gauche et d'une plaie contuse au genou droit. L'observation de ce dernier cas est rapportée *in extenso*.

Causes.

Au point de vue des *causes,* dans dix cas sur dix-huit, il est spécifié que la violence porta sur l'épaule ou le moignon de l'épaule, et dès lors il n'y a pas à douter que la fracture ne fût indirecte; pour les autres, cela n'est pas douteux non plus quand on pense que si la fracture avait eu lieu par choc direct sur la région claviculaire, des traces de contusion auraient existé vis-à-vis la fracture, et, dans aucune des huit observations restantes, cette circonstance n'a été notée.

Symptômes.

Au point de vue des *symptômes,* il en est de la fracture de la clavicule comme de toutes les fractures; tous les symptômes positifs : crépitation, déplacement des fragments, déformation des parties, dépendent de la mobilité survenue dans la continuité de l'os rompu.

Anatomie pathologique.

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, on a cherché à se rendre compte de quelques circonstances relatives aux fractures de la clavicule, en étudiant onze pièces qui appartiennent au musée Dupuytren.

On a vu que les fractures ont eu lieu plus souvent dans la moitié externe ou scapulaire que dans la moitié interne; que dans six cas sur neuf, la fracture était oblique de dehors en dedans et d'avant en arrière; que dans toutes ces pièces, le fragment externe est placé au-dessus de l'interne; que dans presque toutes, il est porté en arrière et en dedans par son extrémité interne; enfin que la consolidation a lieu souvent par des jetées osseuses.

Traitement.

Au point de vue *du traitement.* On a employé dans les dix-huit cas qui font le sujet de ce mémoire : l'appareil de Desault, le corset de Boyer, l'écharpe de Mayor, cette même écharpe modifiée par Thivet, l'appareil inamovible.

A cette occasion, on rapporte une observation de M. Duret, chirurgien de première classe, sur une fracture de la clavicule et sur un nouveau bandage pour le traitement de cette fracture. L'auteur insiste avec force

sur l'indication de porter l'épaule en arrière, indication que ne remplit pas le bandage de Desault.

FRACTURES. — Observations de fracture de l'omoplate, t. II, p. 289.

I. Fracture de l'acromion : formation et extraction de séquestres. Observation recueillie dans le service de M. *Bertrand*, chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer, par M. *E. Marquet*, chirurgien sous-aide-major.

Un cuirassier du 8e régiment tombe à la renverse, de sa hauteur seulement, le 4 mars 1843, en portant une civière; aucune douleur ne se fait sentir pendant les premiers jours, au cinquième jour ce militaire éprouve comme des piqûres d'épingle dans l'épaule droite, une tuméfaction considérable s'y développe et nécessite l'entrée du blessé à l'hôpital.

Malgré l'application de compresses résolutives, le gonflement de l'épaule fait des progrès, les téguments deviennent bleuâtres en quelques points; le 27 mai, on découvre une pièce osseuse mobile vers l'extrémité externe de l'apophyse acromion; le 29 mai, une incision est pratiquée à la région sus-claviculaire, il ne sort que du sang, mais la suppuration s'établit les jours suivants, devient considérable et prend une odeur fétide et une mauvaise couleur.

Le 4 juin, on agrandit la plaie et on extrait un séquestre offrant toutes les variations physiques de la nécrose. Dès lors la suppuration diminue, les ouvertures ne sont plus fistuleuses, les téguments reprennent leur coloration normale.

Le 5 juillet, la guérison peut être considérée comme complète.

II. Fracture de l'omoplate et plaies contuses à la tête. Observation recueillie dans le service de M. Murville, chirurgien principal, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille, par M. *Spilleux*, chirurgien sous-aide-major.

Un voltigeur est apporté à l'hôpital de Lille le 19 juin 1843, à dix heures du matin. Ce militaire, voulant passer entre deux voitures qui allaient en sens contraire, fut renversé à plat ventre et foulé sur le sol par une des roues. Les accidents produits sont : une fracture transversale de l'omoplate droite, dans la fosse sous-épineuse; une plaie contuse sur le trajet de la suture écailleuse du temporal, avec écrasement des parties molles et dénudation des os; une plaie transversale au-dessus du sourcil

gauche; un épanchement sanguin au niveau de l'arcade zygomatique gauche et une tuméfaction énorme de l'avant-bras du même côté.

On procède au pansement. Le blessé est dans un état de prostration extrême qui rend nécessaire l'emploi des révulsifs; la réaction ne se déclare que le lendemain 20 juin, elle est combattue par deux saignées.

Après plusieurs alternatives d'amendement et d'aggravation des symptômes, le coma se déclare le 4 juillet; une couronne de trépan est appliquée comme dernière ressource le 6 juillet, la mort survient le même jour.

A l'autopsie, on trouve l'hémisphère droit ramolli dans l'étendue de six à sept centimètres et contenant un mélange de pus et de substance cérébrale piquetée de rouge; l'omoplate droite est fracturée comminutivement dans le sens transversal au-dessous de l'épine; il y a un commencement de consolidation à l'état fibreux et fibro-cartilagineux.

III. Fracture directe de l'acromion; observation recueillie par M. *Coug*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Milianah.

Un soldat d'administration, debout sur un échafaudage, reçoit à la partie supérieure de l'épaule gauche le choc violent d'un madrier.

A l'entrée de ce blessé à l'hôpital de Milianah, le chirurgien en chef, les doigts appliqués sur l'acromion, y constate une mobilité anormale; cependant il n'y a pas de crépitation.

Des compresses résolutives et le bandage de Dessault un peu modifié son appliqués.

Quelques semaines plus tard, un examen attentif ne permet de reconnaître ni dépression, ni mobilité. La force du membre est la même qu'avant l'accident.

IV. Chute dans une cave à une profondeur d'environ quatre mètres; plaies contuses au crâne, contusions sur diverses parties, contusion très-violente à l'épaule droite : constatation consécutive d'une fracture en étoile de l'omoplate, dans la fosse sous-épineuse; observation recueillie dans le service chirurgical de M. Pasquier, chirurgien en chef des Invalides, par M. *Girard*, chirurgien aide-major à l'hôtel.

Un invalide, âgé de 66 ans, de surveillance dans une maison en construction, fut attaqué, vers minuit, par des malfaiteurs, renversé à coups de bâton et précipité dans une cave d'environ quatre mètres de profondeur.

Relevé, le lendemain à six heures du matin par des ouvriers, il fut im-

médiatement transporté à l'infirmerie. Toutes les parties du corps étaient douloureuses ; quelques plaies contuses existaient au crâne, aucune fracture des membres ne fut constatée. On se borne à prescrire, pendant les deux premiers jours, deux saignées générales et cinquante sangsues au côté droit du thorax. Après l'amendement des symptômes de réaction, le chirurgien en chef reconnaît une fracture en étoile de l'omoplate droite dans la fosse sous-épineuse.

On procède de suite à l'application d'un appareil contentif, destiné à maintenir toute la région dans l'immobilité la plus complète ; la guérison eut lieu dans l'espace de cinquante-six jours.

FRACTURE. — Observation de fracture du fémur par une balle : guérison ; recueillie par M. *Marmy*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de perfectionnement de Strasbourg, t. IV, p. 287.

L'auteur rappelle d'abord l'opinion des plus illustres praticiens sur les dangers des fractures du fémur, à la suite de coups de feu, et la rareté des cas où la guérison a pu être obtenue sans avoir recours à l'amputation. Ces guérisons, tout imparfaites qu'elles sont, prouvent, selon lui, que dans certaines circonstances qu'il définit, le chirurgien peut et doit les tenter.

A l'appui de ce raisonnement l'auteur cite l'observation suivante :

Un officier du 14e d'artillerie, en garnison à Strasbourg, reçut, dans un duel au pistolet, une balle du calibre des fusils de munition, à la partie externe de la cuisse droite, le 16 mai 1846 ; il fut immédiatement transporté à l'hôpital.

La plaie, très-étroite, est située au côté externe de la cuisse, à la réunion de la moitié supérieure avec la moitié inférieure. Le fémur est fracturé mais sans esquilles. On procède à l'extraction de la balle au moyen d'un débridement et on enlève, en même temps, un lambeau de la chemise du blessé. Le membre est placé dans la boîte de Baudens et couvert de plumasseaux contenant des fragments de glace. Le traitement général et local est suivi avec soin.

Le 6 septembre, un morceau de drap, resté dans la plaie, sort spontanément. Six jours après la cicatrisation est complète. Le blessé commence à se lever et à se promener dans la salle au moyen de béquilles. Le 18 septembre, il sort de l'hôpital ; le raccourcissement du membre est de deux centimètres au plus.

FRACTURE. — Observation d'un cas de fracture extra-capsulaire du col du fémur, suivie de guérison sans raccourcissement du membre et sans claudication, recueillie par M. *Troy*, chirurgien-major de 1re classe au 10e régiment d'artillerie, t. X, p. 301. — *Voy.* CHIRURGIE.

FRANCE, *chirurgien aide-major, chargé de service à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad* (1). — De l'emploi de l'extrait de laurier rose dans le traitement des fièvres intermittentes, t. IV, p. 190. — *Voy.* LAURIER ROSE.

FRASSETO, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès* (2). — Rapport spécial sur divers cas de tænia observés dans la pratique de cet hôpital, t. XIII, p. 308.

FREY, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Cherchell* (3). — Observation de tænia chez un nègre indigène de l'Algérie, t. XIII, p. 260.

FROPO, *médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône* (4). — Notes sur la diphthérite, t. XVII, p. 392. — Notes sur le traitement des varioles pendant le deuxième semestre 1856, à l'hôpital militaire de Lille, t. XIX, p. 179. *Voy.* VARIOLE.

FROUSSART, *chirurgien aide-major, chargé en chef du service chirurgical de l'ambulance de Sidi-bel-Abbès* (5). — Essai de topographie médicale sur Sidi-bel-Abbès, t. II, p, 92.

---

(1) Mort médecin-major de 1re classe au corps expéditionnaire de la Chine.

(2) Médecin-major de 1re classe en chef de l'hôpital d'Ajaccio.

(3) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de l'Algérie.

(4) Médecin-major de 1re classe au régiment de gendarmerie de la garde impériale.

(5) A quitté le service.

G

---

(1) Décédé.
(2) A quitté le service de santé militaire.
(3) Médecin principal de 1re classe à l'Ecole impériale spéciale militaire.

panchement purulent de la plèvre, opération de l'empyème, injection iodée, guérison, t. VI, p. 13.

GARREAU (L.), *pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille* (1). — Nature de la cuticule, son rôle dans l'organisme de l'ovule, sa physiologie, nouveau principe immédiat : la cuticulose, t. VI, p. 302. — Considérations sur les genres saxifraga et bergenia, principe immédiat nouveau, le Bergenin : applications des Bergenia, expériences sur leur culture, *ib.*, p. 313. — Mémoire sur la respiration des plantes, t. VII, p. 236. — Nouvelles recherches sur la respiration des plantes, t. VIII, p. 287. —Mémoire sur les relations qui existent entre l'oxygène consommé par le spadice de l'arum italicum en état de paroxysme, et la chaleur qui se produit, *ib.*, p. 310. — Mémoire sur un principe immédiat nouveau : la corycolurnine, nouvelle analyse de bergenin, *ib.*, p. 317.

GAR-ROUBAN (Algérie). — Essai topographique sur les mines métallifères de Gar-Rouban (province d'Oran, subdivision de Tlemcen), par M. *Castex*, médecin aide-major de 2e classe, t. XVI, p. 164.

GASC, *ancien médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées* (2). — Discours prononcé le jour de ses funérailles par M. *Bégin*, chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. IV, p. 341.

GASTÉ, *médecin en chef de l'armée d'Afrique* (3). — Notice sur sa vie, et relation de sa mort, t. I, p. 394. — Autre notice sur sa vie, t. III, p. 393. — Discours prononcé sur sa tombe par M. *Malle*, chirurgien-major, *ib.*, p. 395.

---

(1) A quitté le service militaire.
(2) Décédé.
(3) Décédé.

GAUDINEAU, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille* (1). — Observation d'une tumeur sphérique molle et transparente dans l'hémisphère droit du cerveau, t. XI, p. 258.

GEAY, *médecin aide-major au 55e de ligne* (2). — Fracture de la clavicule du côté droit, du col de l'humérus du côté gauche, et plaie contuse au genou droit, t. II, p. 263. — Observation d'arthrite traumatique; déchirure des ligaments externes de l'articulation du genou, t. XI, p. 132.

GÉRARD, *médecin aide-major de 1re classe* (3). — Note sur le goître aigu de Besançon, t. XIII, p. 152.

GIRARD, *chirurgien aide-major à l'Hôtel des Invalides* (4). — Observation de fracture en étoile de l'omoplate dans la fosse sus-épineuse, recueillie dans le service de M. Pasquier, chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides, t. II, p. 306.

GIRMA (5). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

GLEIZES (6). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

GODELIER, *médecin principal, professeur à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires* (7). — Observation d'abcès stercoral de la fosse iliaque droite, t. XIII, p. 358.

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Médecin-major de 2e classe au 78e de ligne.
(3) A quitté le service de santé militaire.
(4) Médecin-major de 1re classe au 81e de ligne.
(5) Médecin-major de 1re classe.
(6) A quitté le service de santé militaire.
(7) Médecin principal de 1re classe, professeur à l'école impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

GOEDORP, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Calais* (1). — Observation de maladie du cœur et de l'aorte, t. IV, p. 167.

GOITRE. — Documents sur le goître aigu dans l'armée, t. XII, p. 240.

Dans cet article qui sert d'introduction au suivant, la rédaction rappelle successivement les travaux antérieurs des médecins militaires sur le goître aigu observé dans les places de Strasbourg, Clermont-Ferrand, Riom, Mont-Dauphin, Fort-Queyras, Embrun et Briançon, depuis l'année 1784 jusqu'en 1853.

GOITRE. — Rapport sur le goître accidentel de la garnison de Briançon, par M. *Collin* (Jean-Mathieu-Eugène), médecin en chef de l'hôpital militaire de Briançon, t. XII, p. 281 à 275.

Sur 20 militaires du 40e de ligne atteints de goître aigu, l'auteur a compté 18 soldats et 2 sous-officiers. Le diamètre du cou présentait en moyenne environ 40 centimètres ; 10 goîtres étaient doubles, 8 unilatéraux, et tous situés du côté droit. Toujours la tumeur surgissait à la partie inférieure du cou. A une seule exception près tous les goîtreux avaient moins de trente ans. 8 goîtreux appartenaient à la même compagnie. Sur 15 goîtreux sortis guéris de l'hôpital, la dimension du cou n'a été en moyenne que de 18 millimètres.

L'auteur propose comme moyens prophylactiques de composer la garnison de Briançon exclusivement de régiments venant du nord, et surtout de les renouveler tous les ans.

GOITRE ET CRÉTINISME. — Du recrutement au point de vue du goître et du crétinisme dans le département des Hautes-Alpes, par M. *Bories*, médecin aide-major de 1re classe au 45e de ligne, t. XII, p. 275 à 316.

Dans les cantons de Guillestre et de l'Argentière, un quart de la population est goîtreux. Lorsque le goître se montre héréditaire, il se développe ordinairement entre 7 et 11 ans. L'hypertrophie du corps thyroïde débute le plus souvent par son lobe droit. Sur une population de 11,610 habitants, les deux cantons dont il s'agit comptent 3,761 goîtreux et 396 crétins.

---

(1) Décédé.

L'auteur termine son travail par quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du goître.

GOITRE. — Note sur le goître aigu de Besançon, par M. *Gérard*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIII, p. 152 à 160.

Pendant le deuxième semestre de 1853, le goître s'est montré très-fréquemment à l'hospice de Besançon ; il a régné particulièrement dans le 13e régiment d'artillerie, circonstance que l'auteur attribue aux fatigues des exercices. Chez quelques hommes, le goître s'est manifesté quelques heures après l'ingestion d'eau froide dans l'estomac. On a constaté aussi une prédisposition spéciale chez les individus qui, avant d'arriver à Besançon, avaient habité des localités dans lesquelles le goître est endémique.

GOUTTE. — Note sur l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte et de la gravelle, d'après un rapport de M. *Villaret*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, t. V, p. 108.

GOZE, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille* (1). — Observation d'hydrothorax ; opération de l'empyème ; guérison, t. II, p. 147.

GRAVELLE. — Note sur l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte et de la gravelle, d'après un rapport de M. *Villaret*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, t. V, p. 108.

GRELLOIS, *médecin-major de première classe à l'armée d'Orient* (2). — Coup d'œil général sur la nature des maladies de l'armée de Crimée jusqu'à la fin de 1834, t. XVII, p. 269.

GRIMAUD (3). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

---

(1) Médecin principal de 1re classe au dépôt de recrutement de la Seine.

(2) Médecin principal de 2e classe, secrétaire du Conseil de santé des armées.

(3) A quitté le service de santé militaire.

GUAGNO. — Propriété spéciale des eaux minérales de Guagno ; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 405.

GUELMA. — Notice topographique et médicale sur le cercle de Guelma, par M. *Cuvellier*, médecin-major de 2e classe, t. XVI, p. 47.

GUÉRRE, *médecin divisionnaire de la province d'Oran* (1). — Observation d'un cas de luxation de l'avant-bras après fracture de l'olécrane, t. XV, p. 294.

GUIPON, *médecin aide major au* 13e *de ligne* (2).— Impetigo granulata du derme chevelu (teigne granulée), guérison par le vésicatoire, l'épilation et la teinture d'iode iodurée, t. XII, p. 346. — Observation tendant à démontrer que d'une cause semblable peuvent résulter les effets morbides les plus opposés, t. XVI, p. 179. — Observation d'hydrophobie rabique déclarée après cent trente jours d'incubation chez un enfant, t. XVII, p. 181.

H

HAHN, *chirurgien aide-major au* 6e *régiment d'artillerie* (3). — Considérations sur la tympanite péritonéale et intestinale ; traitement par la paracentèse, t. II, p. 143.

HAMMAM-GOURBÈS. — Essai analytique des eaux d'Hammam-Gourbès, par M. *Leprieur*, pharmacien-

---

(1) Admis à la retraite.
(2) A quitté le service de santé militaire.
(3) Décédé.

major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XX, p. 436. — *Voy.* Eaux minérales.

HAMMAM-LIF. — Essai analytique des eaux d'Hammam-Lif, par M. *Leprieur*, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XX, p. 415. — *Voy.* Eaux minérales.

HAMMAM-MESKOUTIN. — Propriétés spéciales des eaux minérales d'Hammam-Meskoutin, indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 406.

HAMMAM-RIRA. — Propriétés spéciales des eaux minérales d'Hammam-Rira ; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 406.

HANSERON (1). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

HARICOTS. — *Voy.* Aliments.

HASPEL, *médecin ordinaire* (2). — Notice topographique sur la ville et le territoire de Maskara, t. VIII, p. 83.

HECQUIN, *chirurgien-major* (3). — Observation de tumeurs encéphaloïdes énormes développées dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, sur le détroit supérieur du bassin et sur la colonne vertébrale, t. III, p. 187.

HEITZ, *médecin-major* (4). — Observation de méningite granuleuse, t. XIX, p. 160 et suiv.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

(2) Médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg.

(3) Admis à la retraite.

(4) Admis à la retraite.

HÉMÉRALOPIE. — Note sur la nature de l'héméralopie, par M. *Laveran*, médecin principal de 1re classe, sous-directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XXII, p. 233. — *Voy.* aussi AMAUROSE.

HÉMIPLÉGIE. — Observation d'hémiplégie incomplète du côté gauche causée par des tubercules cérébraux, par M. *Laforêt*, médecin aide-major de 1re classe, médecin en chef à l'hôpital militaire de Longwy, t. XVIII, p. 240.

HÉMORRHAGIES. — Des hémorrhagies pulmonaires au point de vue de la physiologie pathologique, de l'étiologie et de la séméiologie, par M. *J.-D. Tholozan*, médecin-major, professeur agrégé à l'École de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XVII, p. 284.

On a cru remarquer que la pneumo-hémorrhagie se manifestait le plus ordinairement après le repas ou pendant la nuit: quelquefois elle a lieu brusquement, dans une position qui gêne les mouvements du thorax. On a noté la plénitude du pouls, la dyspnée, l'oppression, la rougeur de la face, comme signes prodromiques.

Quand il y a apoplexie confirmée, on observe une oppression vive, accompagnée de suffocation, des douleurs assez aiguës dans toute la poitrine, plus souvent d'un seul côté. Une toux, excitée par un sentiment de titillation au larynx, précède de quelques instants l'expectoration d'un sang rutilant ou spumeux, pur, ou mêlé de salive et d'un peu de mucosité bronchique. Le pouls est fréquent, large, vibrant; la peau est naturelle ou à peu près.

Quand il y a des noyaux considérables d'induration dans l'hémorrhagie pulmonaire, le diagnostic est facile par la percussion. Quand les noyaux sont petits et disséminés, le diagnostic offre plus de difficultés.

Quand la maladie dure depuis un certain temps, l'auscultation démontrera mathématiquement s'il y a une excavation en communication avec les bronches, le siége de cette excavation; si le foyer s'ouvre dans la plèvre, l'auscultation pourra indiquer si l'ouverture est restée fistuleuse, si elle siége au-dessous ou au-dessus du niveau de l'épanchement pleural, etc.

S'il y a pléthore, s'il y a obstacle mécanique à la circulation, si l'hémorrhagie est supplémentaire, et même symptomatique d'un état scorbutique, si elle est grave et menace les jours du malade, les déplétions sanguines générales peuvent arrêter le mal, restreindre ses progrès.

Si les forces sont abattues, si le pouls est petit ou vide, il serait dangereux d'insister sur les saignées. On a conseillé, dans ces cas, les purgatifs, les drastiques, les diurétiques.

HÉMOSTATIQUES. — Propriété hémostatique du sulfate de peroxyde de fer, par M. *Léon Monsel*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Bordeaux, t. XVII, p. 424.

L'auteur, se basant sur une note qu'il a fait insérer dans la *Correspondance scientifique de Rome* du 13 octobre 1852 et sur une thèse de M. le docteur Viennet, soutenue à Montpellier le 11 mars 1853, revendique à son profit la priorité de l'emploi des persels de fer comme hémostatiques.

Son point de départ a été la théorie suivante, qui, *serait-elle fausse*, dit-il, l'a cependant conduit à un résultat vrai. — Le sang offre toujours une réaction alcaline. — En mettant en contact des équivalents égaux de persulfate de fer et de carbonate de soude, il y a échange de bases et d'acides ; mais comme le sulfate de peroxyde de fer contient trois équivalents d'acide, tandis que le carbonate de la même base ne renfermerait, suivant lui, qu'un seul équivalent d'acide carbonique, il y a formation de carbonate ferrique insoluble très-astringent et de sulfate de soude, tandis que deux équivalents d'acide sulfurique mis en liberté à l'état naissant portent leur action sur l'albumine du sang, qui entraîne dans sa coagulation le carbonate ferrique. — Joignez à cela, ajoute-t-il, l'action de l'électricité qui doit nécessairement avoir une part dans ces diverses réactions.

M. Monsel a établi par de nombreuses applications sur le vivant, l'efficacité du sulfate ferrique, ainsi que son innocuité sur les tissus. — Son action sur le sang est même tellement instantanée, que sa pénétration dans les artères est empêchée par le caillot formé, et qu'il faut quelquefois recourir à la compression pour arrêter pendant quelque temps l'afflux du sang — qui entraînerait sans cela le caillot produit.

La préparation en est facile, et parmi les procédés mis en usage, le meilleur consiste à porter à une température voisine de l'ébullition un mélange d'un litre d'eau et de 100 grammes d'acide sulfurique, dans lequel on jette par portions et en agitant 100 grammes de sous-carbonate de fer hydraté. — Si la solution présentait une réaction trop acide, on peut y ajouter une petite proportion de carbonate de soude. Quel que soit d'ailleurs le mode de préparation employé, il est important que la liqueur soit aussi neutre que possible.

Suivant l'auteur, le sulfate ferrique est préférable au perchlorure dont il égale l'énergie hémostatique. — Sa solution a, comme on le sait, été préconisée par Braconnot pour la conservation des pièces d'anatomie, et les expériences faites à Rome par M. Monsel confirment pleinement cette propriété.

HÉMOTHORAX. — Observation de plaies pénétrantes de la poitrine, suivies d'hémothorax, et ayant nécessité

l'opération de l'empyème, par M. *Troy*, chirurgien-major de 1re classe au 10e régiment d'artillerie, t. X, p. 282 et 287. — *Voy*. CHIRURGIE.

HÊNOT, *médecin principal de 1re classe, chirurgien en chef et professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz* (1). — Rapport adressé au Conseil de santé sur l'éthérisation appliquée à diverses opérations chirurgicales, t. III, p. 265. — Du chloroforme considéré comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales, t. V, p. 224. — Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, à l'occasion d'une opération de ce genre pratiquée avec succès au moyen de l'éthérisation, t. VI, p. 93. — Observation de plaie pénétrante du genou gauche par arme à feu, t. XI, p. 159.

HERNIE. — Note sur un cas de hernie étranglée terminée par gangrène, et suivie de guérison; par M. *Buard*, chirurgien aide-major au 3e d'artillerie, t. 1, p. 317.

Appelé en consultation près d'un malade chez lequel une hernie étranglée, déjà réduite une première fois, s'est montrée de nouveau avec des accidents très-graves, M. Buard croit devoir employer encore, mais avec plus de méthode, les moyens de taxis, et obtient en effet une nouvelle mais incomplète réduction. La hernie est réduite à la grosseur d'un œuf de pigeon; et comme le malade la porte depuis vingt ans sans employer aucun bandage, et que les accidents sont calmés, M. Buard attribue la petite tumeur pâteuse qui persiste, à la hernie épiploïque ancienne, retenue par des brides dans le canal inguinal, et se retire après avoir prescrit les moyens contentifs et médicaux en usage en pareil cas.

Quatre jours après, M. Buard est rappelé; dans la région de la hernie, la peau est noire, gangrénée et soulevée par une tumeur fluctuante de la grosseur du poing. Une incision y est pratiquée, les portions de téguments et d'épiploon gangrénées sont enlevées; pendant plusieurs jours la plaie marche très-bien et semble promettre une guérison prochaine, lorsque, vingt et un jours après la réduction de la hernie, une perforation de l'intestin se déclare : des pansements méthodiques diminuent graduellement la plaie, les selles se rétablissent, et la cicatrisation a lieu dans l'espace de trois mois.

---

(1) Décédé.

M. Buard termine son observation par quelques considérations sur les causes et la marche des accidents qui se sont manifestés.

HERNIE.—Statistique des hernies à l'Hôtel des Invalides, par M. *Hutin*, médecin en chef de l'Hôtel, t. X, p. 154.

M. Hutin réalise le projet de statistique des invalides affectés de hernies que Sabatier, en 1774, n'avait fait qu'ébaucher, en se bornant à en établir le simple relevé mumérique.

Examinant sous toutes ses faces, dans une série de paragraphes, la question qu'il veut traiter, M. Hutin pose d'abord en principe qu'au point de vue des hernies, il n'est pas possible d'établir une comparaison entre la population civile masculine et la population militaire ; signale les conditions qui font de celle-ci une classe toute particulière, des vieux militaires invalides une catégorie spéciale, et par conséquent des calculs médicaux qui les concernent, une sorte de documents qui ne peut se rapprocher d'aucune autre de même nature.

Dans les paragraphes suivants, M. Hutin note l'âge des 4, 252 invalides, dont 177 officiers, qu'il a visités du 1er janvier 1847 au 1er mars 1852, et parmi lesquels il a trouvé 896 hernieux dont 34 officiers. Il indique la nature de ces hernies, en établit la proportion générale, bien supérieure à celle que donne Sabatier, et recherche les motifs qui peuvent en partie expliquer cette énorme différence dans le même établissement.

Viennent ensuite des recherches sur plusieurs points très-importants de la question, tels que :

La *proportion* des hernies entre elles. Les résultats constatent que les hernies crurales sont infiniment plus rares que les hernies inguinales.

L'*espace de temps* qui sépare l'apparition de plusieurs hernies. La seconde infirmité se montre le plus souvent moins d'une année après la première.

L'*influence de l'hérédité* sur le développement des hernies. Cette influence est peu appréciable.

L'*âge* auquel les hernies ont paru. Tous les invalides ont vu survenir leurs hernies après l'âge de 20 ans, c'est de 50 à 60 ans que les plus nombreuses se sont manifestées.

Les *causes déterminantes* des hernies qui font le sujet de ce travail. Parmi ces causes multiples et variées, les plus fécondes ont été les efforts musculaires pour soulever ou porter des fardeaux.

La *taille* des hernieux. Le relevé fait à ce sujet ne permet pas de dire si la différence de taille prédispose réellement aux hernies.

La *provenance des hernies et la proportion des hernieux selon les différentes armes*. L'infanterie apporte le plus fort contingent au chiffre des hernieux.

L'*influence des hernies sur les causes de la longévité*. Cette infirmité n'a pas exercé d'influence appréciable sur la longévité.

L'*influence des hernies sur la mortalité*. D'après les calculs faits à ce

sujet, il n'est pas possible d'attribuer aux hernies plus d'influence sur la mortalité des invalides qu'à toute autre cause.

A mesure que M. Hutin étudie chacun de ces points, il en élucide et en confirme la solution par les raisonnements et les considérations qui s'y rattachent.

HERPIN (1). — Fracture incomplète probable de la clavicule, t. II, p. 267.

HIPPURIQUE (Acide). — Note sur cet acide et sur son absence dans quelques urines de cheval, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Teniet-el-Hâad, t. XVII, p. 435. — *Voy.* ACIDE.

HUILES D'ARACHIDES ET DE SESAME. — Rapport fait au Conseil de santé sur l'emploi des huiles d'arachides et de sésame dans la composition de divers médicaments externes, par M. *Lacarterie*, pharmacien en chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, t. VIII, p. 326.

Toutes les pharmacopées prescrivent de préparer l'emplâtre simple ou diapalme avec de l'huile d'olives, et M. Henri, chef de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils de Paris, a reconnu que lorsque cette huile était mélangée d'huile d'œillette, elle ne donnait pas un emplâtre jouissant de toutes les qualités qui doivent caractériser ce dernier.

M. Antoine Henri, pharmacien en chef de la réserve de Marseille, ayant préparé, en 1848, de l'emplâtre simple avec de l'huile d'arachide, et ayant proposé l'emploi de ce médicament dans les hôpitaux militaires, le conseil de santé chargea M. Lacarterie d'en répéter la préparation et de s'assurer s'il avait les qualités propres à un bon service. Il devait aussi faire des essais analogues en employant l'huile de sésame.

Les essais faits au Val-de-Grâce, sur la préparation de l'emplâtre simple, de l'emplâtre diachylum, du sparadrap, du cérat, etc. au moyen de l'huile d'arachides, ont démontré de la manière la plus complète que ces médicaments ne différaient en rien de ceux préparés à l'huile d'olives et qu'ils pouvaient être employés de la même manière.

L'huile de sésame, employée de la même manière, a donné des résultats analogues, mais la facilité avec laquelle cette huile rancit, ainsi que les préparations dont elle est la base, ont engagé à en rejeter l'emploi.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

HUTIN, *chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides* (1). — Mémoire sur la nécessité d'extraire immédiatement les corps étrangers et les esquilles dont la présence complique les plaies par armes à feu, t. VII, p. 175. — Statistique des hernies à l'Hôtel des Invalides, t. X, p. 154. — Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale, *ib.*, p. 184. — Plaie du sinus longitudinal supérieur de la dure-mère, déterminée par une saillie osseuse, ancienne et accidentelle, t. XIV, p. 232. — Recherches sur le résultat des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe dont se compliquent les plaies par armes à feu, *ib.*, p. 252. — Note sur ce mémoire, par M. *Baudens*, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, *ib.*, p. 274.

HYDROCÈLE. — Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale; par M. *Hutin*, médecin en chef de l'Hôtel des Invalides, t. X, p. 184.

L'auteur énumère d'abord les moyens employés depuis longtemps pour pratiquer cette opération, et que la méthode par injection a presque généralement remplacés; puis les divers liquides successivement choisis pour ces injections, et auxquels la teinture d'iode étendue d'eau doit être préférée.

Après avoir fait observer que, dans cette opération, quel que soit le procédé auquel on s'arrête, le but que l'on se propose est de provoquer une inflammation adhésive de la tunique vaginale, et de s'opposer à un épanchement nouveau par la suppression de la cavité qui le contiendrait, l'auteur expose que l'opinion des plus illustres praticiens varie sur la question de savoir si cette adhérence est indipensable pour la guérison de la maladie, et si l'oblitération est également la conséquence de tous les procédés, quand la guérison a eu lieu; que ces théories contradictoires n'ont guère été vérifiées, et que, placé dans des conditions favorables d'observation, il a fait lui-même d'assez nombreuses recherches pour contribuer à les élucider.

Les documents présentés par M. Hutin ont été recueillis à l'autopsie des invalides qui avaient subi diverses opérations pour la cure d'hydro-

(1) Médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

cèles plus ou moins anciennes, et qui avaient succombé à des affections tout à fait étrangères à l'opération. Le nombre de ces invalides est de 43, parmi lesquels : 3 avaient été soumis à l'emploi du séton par Sabatier, 2 à l'emploi de l'excision par Percy, 3 à l'emploi de l'incision, 8 à l'emploi extérieur de la potasse caustique par Yvan, 6 à l'emploi de la canule élastique à demeure pendant quelque jours par Larrey, 2 à l'emploi des injections vineuses par Pasquier père, 3 au même moyen par Pasquier fils, 16 à l'emploi des injections iodées, 1 par Pasquier fils, et 15 par M. Hutin lui-même.

Chez les 27 hommes traités par les méthodes anciennes, il y avait oblitération complète de la cavité vaginale. Des 16 malades traités par les injections iodées, 8 offraient des adhérences complètes, oblitérant la cavité séreuse en entier ; 4, des adhérences partielles seulement, et 4 n'en présentaient pas de traces.

De ces faits, l'auteur croit devoir tirer ces déductions :

1° Que Pott avait dit vrai, en avançant que la disparition de la cavité vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle.

2° Que cette disparition est la conséquence la plus ordinaire des traitements employés jadis, et même des injections vineuses.

3° Qu'elles arrivent moins fréquemment à la suite des injections iodées, *s'il devient constant, par des recherches nouvelles, que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées ici.*

HYDROPISIES. — De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte, comprenant un aperçu du mécanisme des hydropisies en général, par M. *Marchal de Calvi*, chirurgien-major, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, t. V, p. 246.

HYDROTHORAX. — Observation d'hydrothorax ; opération de l'empyème, guérison, par M. *Goze*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, t. II, p. 147. — Hydrothorax accompagné d'ascite et d'hydrocéphale, observation recueillie par M. *Alezan*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Toulon, t. XVIII, p. 308.

HYGIÈNE MILITAIRE comparée, et statistique médicale des armées de terre et de mer, par M. *Boudin*, médecin principal, attaché à l'état-major de la place de Paris, t. III, p. 1. — *Voy.* ARMÉES, CAMP DE CHALONS, ÉTOFFES.

HYPEROSTOSE des deux clavicules ; guérison par l'io-

dure de sodium, observation recueillie par M. *Souhaut*, chirurgien sous-aide-major, t. II, p. 244. — *Voy.* Iode.

HYPERTROPHIE. — Observation d'hypertrophie considérable du cœur, avec abcès multiples dans cet organe, par M. *Abeille*, médecin adjoint, t. IV, p. 149.

I.

IMPETIGO GRANULATA DU DERME CHEVELU (teigne granulée) ; traitements ordinaires sans effet ; guérison par le vésicatoire, l'épilation partielle et la teinture d'iode iodurée ; par M. *Guipon*, médecin aide-major au 13e de ligne, t. XII, p. 346.

Un jeune soldat de la classe 1852 est admis à l'infirmerie du dépôt du 13e de ligne, à Laon, pour une teigne granulée à laquelle un dégoûtant amas de pus, de croûtes, de pellicules et de poux adhérant à une épaisse chevelure donne un aspect hideux. Un séjour d'un mois et demi à l'infirmerie et l'emploi des topiques recommandés en pareil cas réduit le mal à quelques petits boutons rouges qui persistent avec opiniâtreté.

Neuf jours après la sortie du malade, l'éruption reparaît avec les mêmes caractères, moins la saleté de la chevelure. Cette fois le traitement a lieu à l'hôpital civil, et après y être resté pendant près de trois mois et y avoir pris des pilules arsenicales, le malade s'affaiblit, s'étiole et sort par mesure hygiénique, sans être guéri.

Peu de jours après l'affection s'exaspère de nouveau, nouvelle entrée à l'infirmerie et guérison définitive en cinquante-un jours.

Le traitement a présenté deux périodes : d'abord des émollients et des applications d'acides purs, puis un vésicatoire sur le siége du mal, l'extirpation de quelques poils, des plumasseaux de charpie imbibés d'une solution iodo-iodurée sur la plaie, et des lotions froides lorsque la chaleur et la douleur étaient trop intenses.

INJECTIONS. — Appréciation expérimentale de la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme, par M. *E. Médard*, chirurgien aide-major au 21e léger, t. VIII, p. 229. — Considérations sur le traitement de l'uré-

thrite aiguë et chronique par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé à haute dose (méthode dite abortive), par M. *A.-M. Lamoureux*, chirurgien-major de 1re classe au 2e régiment d'artillerie, *ib.*, p. 221.

INSTRUCTIONS DU CONSEIL DE SANTÉ. — Instruction du Conseil de santé à l'effet de guider les troupes dans la composition de leur régime alimentaire, t. V, p. 343. — Instruction pour le traitement des galeux dans les corps de troupes, t. IX, p. 353. — Instruction pour les corps de troupes et les hôpitaux militaires, en prévision d'une épidémie de choléra, t. XII, p. 379. — Instruction médicale pour l'armée d'Orient, t. XIII, p. 447. — Instruction du Conseil de santé sur les mesures hygiéniques applicables aux camps destinés à recevoir les troupes revenant d'Orient, t. XVII, p. 444. — Instruction sur l'emploi des eaux minérales naturelles et sur le service des hôpitaux thermaux militaires, t. XIX, p. 385. — Instruction relative à l'emploi médical de l'électricité dans les hôpitaux militaires de l'intérieur et de l'Algérie, t. XXII, p. 1. — Instruction sur la manière de se servir des papiers ozonométriques, *ib.*, p. 437.

IODE. — Note sur l'emploi des préparations iodées, t. II, p. 230.

L'auteur rappelle d'abord les avantages de l'application de l'iode aux accidents tertiaires de la syphilis et de son introduction à petite dose dans une économie entachée du vice scrofuleux ; puis il signale à l'attention des praticiens quelques-unes des indications de ce médicament et de ses diverses préparations : teinture d'iode pure ou mélangée, soit de vin aromatique, soit d'eau simple pour des injections dans les bubons, certains abcès, etc.; huile iodée en émulsion pour l'usage interne; iodure de potassium, iodure de sodium...

L'auteur cite ensuite des cas dans lesquels ces moyens ont donné le résultat le plus satisfaisant.

I. *Fièvre typhoïde, engorgement des ganglions mésentériques; marasme, guérison par l'émulsion iodée.*

Un militaire atteint de fièvre typhoïde avait été soumis, au Val-de-Grâce, à un traitement antiphlogistique énergiquement employé ; la con-

valescence, au lieu de faire des progrès, se trouvait entravée par des alternatives presque périodiques de constipation et de diarrhée avec vomissements. Comme explication de ces accidents on percevait dans l'abdomen une tumeur très-dure, mobile, indolente, de la grosseur du poing, dont le développement avait repoussé l'aorte sur le côté droit de le colonne vertébrale.

Le malade fut nourri exclusivement de bouillon gras et de fruits cuits; on eut recours en même temps aux résolutifs, tels que l'iodure de potassium en frictions sur l'abdomen, et en solution, à la dose de deux grammes, dans une tisane de saponaire et de houblon.

Ce régime mit fin aux vomissements et régularisa les selles. On prescrivit ensuite l'émulsion iodée qui fut continuée pendant dix-sept jours. La tumeur fondit avec rapidité, l'aorte reprit son alignement, et le malade sortit complétement guéri.

II. *Orchite vénérienne droite datant de quinze ans: exostoses au tibia gauche datant de quatre ans; plaie fistuleuse au tibia droit avec carie du tibia, douleurs ostéoscopes nocturnes. Guérison par l'iodure de potassium à haute dose.*

Un officier de cavalerie contracte, en 1815, une maladie vénérienne, caractérisée par des chancres au pénis et un bubon à l'aine gauche. Des frictions mercurielles à haute dose sont pratiquées comme unique moyen de traitement. Depuis cette époque, la constitution de cet officier se détériore, et les phénomènes, si graves et si compliqués énumérés plus haut, se développent successivement pendant les trente années qui suivent.

L'auteur prescrit au malade l'iodure de potassium dans de la tisane de saponaire édulcorée avec le sirop de salsepareille. La dose du médicament, d'abord de cinq décigrammes, s'élève graduellement, mais ne dépasse pas trois grammes par jour. Dans l'espace de trois mois, les symptômes locaux disparaissent et l'état général s'amende très-notablement.

La guérison se consolide par l'iodure de sodium.

III. *Hyperostose des deux clavicules, guérison par l'iodure de sodium, par M. Souhaut, chirurgien sous-aide-major.*

Un brigadier du 5e d'artillerie est atteint, en avril 1843, d'une uréthrite aiguë qui fut traitée à l'infirmerie du corps par des injections avec l'azotate d'argent à dose indéterminée. Un mois après, l'extrémité interne de la clavicule droite se gonfle et devient douloureuse. Des frictions avec l'onguent mercuriel sont pratiquées *loco dolenti*. De cette époque au 17 septembre 1846, jour de l'entrée du malade au Val-de-Grâce, l'affection fait de notables progrès et l'hyperostose envahit, mais à un moindre degré, la clavicule gauche. L'iodure de sodium, donné d'abord à cinq décigrammes, est rapidement porté à trois grammes et continué à cette dose pendant le mois d'octobre et une partie de novembre. Les tumeurs étaient alors considérablement diminuées. Nul doute qu'elles n'eussent complétement disparu sous l'influence d'un traitement

plus prolongé, si le malade n'avait absolument voulu quitter l'hôpital pour se rendre en congé dans sa famille.

IODE. — Guérison de la teigne granulée par la teinture d'iode-iodurée, par M. *Guipon,* médecin aide-major au 13e de ligne, t. XII, p. 346. — *Voy*. IMPETIGO GRANULATA.

IODURE DE PLOMB. — De l'iodure de plomb photographique, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad, t. XIX, p. 361.

L'iodure de plomb est influencé par la lumière d'une façon aussi nette et aussi prompte que les sels d'argent. On sait que les iodures solubles font naître dans les sels de plomb un précipité jaune dont la nuance est d'autant plus belle que les liqueurs étaient plus neutres.

Si on examine le précipité lorsqu'il a été soumis à l'action des rayons solaires, soit sec, soit humide encore, rien ne semble déceler une action quelconque de la lumière. — Mais si on fait intervenir l'amidon, on voit la masse prendre une teinte verdâtre plus ou moins marquée. — Si on verse ensuite dans le mélange du bicarbonate de potasse, tout l'iodure de plomb non décomposé sera transformé en carbonate, qu'il sera facile de dissoudre au moyen d'une petite quantité d'acide acétique, et on aura pour résidu de l'iodure d'amidon avec sa belle couleur violette.

La réaction est au fond la même que pour les sels d'argent : dégagement d'iode et formation d'un sous-sel.

L'air ne paraît pas intervenir dans la réaction qui est instantanée. — M. Roussin a mélangé de l'iodure de plomb avec une gelée épaisse d'amidon et a couvert de ce mélange des feuilles de papier. — Ces feuilles ont été exposées à la lumière, après avoir été recouvertes d'objets qui, comme de la dentelle, des feuilles d'arbres, des plumes, l'interceptaient en partie. Dans tous les cas, le dessin était reproduit de la manière la plus parfaite.

Après bien des essais infructueux, M. Roussin est parvenu, en employant les procédés photographiques, à obtenir des épreuves remarquables. — On peut les fixer au moyen d'une dissolution de sel ammoniac. — Les parties impressionnées par la lumière deviennent bleues, et les autres blanches.

L'auteur croit que ce procédé permettrait d'obtenir des épreuves à la chambre noire. — Dans tous les cas les négatifs obtenus par ce moyen pourraient difficilement être utilisés pour obtenir des images positives, tandis qu'il serait possible de réaliser de bons résultats avec des négatifs obtenus au moyen des sels d'argent.

J.

JACQUOT (FÉLIX), *médecin-major de 1re classe* (1). — Civita-Vecchia ; topographie médicale ; histoire de l'endémo-épidémie de 1850, et notice sur les eaux thermales de cette ville, t. X, p. 39. — Histoire médicale du corps d'occupation des Etats romains en 1851, t. XIV, p. 55.

JEANNOEL, *médecin-major* (2). — Observation de méningite syphilitique recueillie à l'hôpital de Civita-Vecchia, t. XVIII, p. 237.

JUDAS (V. R.), *médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Maubeuge* (3). — Observation d'un anévrysme faux consécutif survenu à la suite d'une saignée du bras, t. XII, p. 316. — Observation d'un cas de rage développée soixante-huit ou soixante-dix jours après une morsure faite par un chien arabe suspect ; hydrophobie ; mort, t. XVII. p. 175.

JUDAS, *médecin principal, secrétaire du Conseil de santé* (4). — Note sur la fréquence du tænia en Afrique, t. I, p. 239. — Seconde note sur la fréquence du tænia en Algérie, t. IV, p. 208.—Note au sujet d'une observation recueillie par M. *Bertrand*, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de ligne, sur un cas d'empoisonnement par l'œnanthe crocata, t. V. p. 120. —

---

(1) Décédé professeur agrégé au Val-de-Grâce.

(2) Médecin-major de 1re classe en non activité pour infirmités temporaires.

(3) Décédé médecin principal de 2e classe.

(4) Admis à la retraite.

Nouveaux documents sur la fréquence du tænia en Algérie, t. XIII, p. 230.

JULLIENNE, *chirurgien-major au 30e de ligne* (1). — Note sur les affections gastro-intestinales de forme bilieuse observées au 30e régiment de ligne en garnison à Mézières, pendant l'été de l'année 1846, t. II, p. 186.

JULLIER, *pharmacien aide-major* (1). — Notice sur les eaux de la ville de Maskara et de ses environs, t. VIII, p. 117.

K.

KYSTE. — Note sur un kyste développé entre la tunique albuginée et le testicule, par M. *Ollagnier,* chirurgien aide-major, t. I, p. 330.

Un ouvrier d'administration a senti, pendant la durée d'un écoulement de l'uréthre, se développer, vers la partie postérieure de la glande séminale, un petit corps, d'abord gros comme un pois et qui, peu à peu, a augmenté de volume, malgré l'usage d'une médication variée et rationnelle.

Au moment de l'entrée de ce militaire à l'hôpital du Dey, la tumeur, qui date de trois ans, est de la grosseur d'un œuf d'oie, elle est arrondie, assez lourde, dure, résistante, élastique, complétement opaque et n'offre point de bosselures. Le diagnostic de cette tumeur paraît très-obscur; avant de se décider à une opération que réclame le malade, on croit prudent de s'éclairer par une incision explorative. Cette incision a pour effet de prouver que la cavité de la tunique vaginale ne contient point de liquide, que ses feuillets et le cordon sont sains. On essaie un traitement par l'iode, mais sans succès, on cède enfin aux prières du malade et on procède à l'ablation du testicule. La dissection de la tumeur démontre que la glande séminale ne paraît avoir subi d'autre modification qu'une

(1) Admis à la retraite.
(2) Pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

altération de forme, et que sur son bord opposé à l'épididyme il existe un kyste, du volume d'un gros œuf de poule, et dont la poche est formée par la glande elle-même et ses enveloppes immédiates.

L'auteur termine par des considérations sur le diagnostic des maladies du testicule, sur l'utilité de l'incision explorative, et sur le traitement à suivre lorsque la nature de la tumeur est bien déterminée.

KYSTE. — Considérations sur le traitement chirurgical des kystes, par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1er classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VIII, p. 163.

L'auteur fait remarquer que les praticiens s'accordent à recommander l'abandon des kystes à eux-mêmes, à moins que, par leur développement progressif, ils ne deviennent cause de difformité ou de gêne dans les mouvements.

Que dans cette dernière condition, la plus ordinaire pour les ganglions proprement dits, il est d'habitude, si ces ganglions sont de médiocre volume, d'avoir recours à divers moyens, tels que : les résolutifs ou fondants, la percussion, la compression, l'écrasement, quelquefois même l'injection. Si ces ganglions ont des dimensions plus considérables, il faut alors en débarrasser directement les parties.

Que les méthodes pour arriver à ce but ne manquent pas, mais qu'on ignore à laquelle donner la préférence et que plusieurs ne sont pas sans danger.

A ce sujet, l'auteur expose les résultats avantageux qu'il a obtenus de l'emploi de l'incision et de l'énucléation de ganglions et de kystes volumineux, en maintenant, après l'ablation, des affusions d'eau froide sur la partie opérée.

Première observation, par M. Combarrieu, chirurgien sous-aide.

Un canonnier du 8e d'artillerie entre à l'hôpital pour une tumeur située sous la malléole interne du pied droit, dans la gaîne du tendon d'Achille, auquel elle ne paraît pas cependant intimement adhérente. Le volume de cette tumeur, égal à celui d'un œuf de poule, ne permettant pas de tenter la percussion ni l'écrasement, une incision cruciale mit à découvert le kyste qui fut disséqué avec les plus grandes précautions ; un pansement approprié réunit les lambeaux triangulaires et maintint le membre immobile. Des irrigations continues humectèrent pendant cinq jours cet appareil. Le dix-neuvième jour la cicatrice était complète et régulière.

Deuxième observation.

Un sous-officier était atteint depuis longtemps d'un ganglion situé au niveau de l'articulation radio-carpienne du côté droit. Déjà il avait été, à plusieurs reprises, opéré par ponctions et incisions sous-cutanées sans

succès. L'auteur se décide à en tenter l'extirpation. A l'aide de ciseaux courbés sur leur plat, il enlève par portions successives tout ce qu'il peut saisir de la tumeur, bourre la plaie de charpie pour la faire suppurer, et l'entoure de compresses à l'eau froide. Le sixième jour, l'appareil était baigné d'un pus louable et abondant. Le vingtième jour, la plaie était fermée, et la tumeur avait diminué des quatre cinquièmes.

KYSTE. — Observation d'un kyste développé sur la glande lacrymale; par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VIII, p. 168.

Un maître tailleur vient consulter M. Bertherand pour un larmoiement et une gêne des mouvements de l'œil gauche, dus à un corps rougeâtre, arrondi, saillant dans la commissure externe des paupières, du volume d'un gros grain de raisin et adhérant fortement à la glande lacrymale.

L'auteur, d'après le vif désir du malade, se décide à enlever cette tumeur. Il décrit le mode opératoire qu'il a suivi et termine cette note par quelques considérations sur le développement et la nature de ce genre de kystes.

KYSTE. — Kyste hydatique contenu dans le quatrième ventricule et dans l'aqueduc de Sylvius, par M. *Vedrenes*, médecin aide-major de 2e classe au 21e léger, t. XIV, p. 209.

KYSTE. — Observation de plusieurs abcès du foie dont un énorme kyste hydatique, recueillie par M. *Guipon*, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, t. XVI, p. 207.

L.

LACARTERIE, *pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce* (1). — Rapport fait au Conseil de santé

---

(1) Admis à la retraite.

sur l'emploi des huiles d'arachide et de sésame dans la composition de divers médicaments externes, t. VIII, p. 326.

LACAUCHIE, *professeur au Val-de-Grâce* (1). — Discours prononcé par lui, le jour de la distribution des médailles au Val-de-Grâce, le 28 octobre 1846, t. I, p. 362.

LACRONIQUE (Justin), *médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Lille* (2). — Observation de morve aiguë, t. XVIII, p. 289. — Observation de farcin chronique, t. XIX, p. 62.

LAFORÊT, *médecin aide-major de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Longwy* (3). — Observation d'hémiplégie incomplète du côté gauche causée par des tubercules cérébraux, t. XVIII, p. 240.

LAGÈZE, *chirurgien-major au 6e régiment de dragons* (4). — Observation d'épanchement dans la plèvre gauche, suite de perforation de l'estomac, t. VI, p. 34.

LAGHOUAT. — Relation médicale de l'expédition et de la prise de Laghouat, et aperçu topographique des régions parcourues par les troupes expéditionnaires ; par M. *Ancinelle*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIII, p. 371.

Attaché, comme chef d'ambulance, à une colonne de 1800 hommes qui, sous les ordres du général Joussouf, se rendait de Médéah à Djelfa, pour y construire une maison de commandement, et se trouva entraînée par les événements à combattre des tribus insoumises, à poursuivre le chérif d'Ouarghla et à s'emparer de Laghouat, M. Ancinelle indique

---

(1) Décédé.
(2) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.
(3) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Nancy.
(4) Admis à la retraite.

16

rapidement la marche du corps expéditionnaire, les maladies qui se déclarent dans ses rangs et parmi lesquelles la dysenterie tient la plus grande place, les opérations qui ont été pratiquées les jours de combat, après que l'arrivée d'une seconde colonne, commandée par le général Pélissier, eut permis d'attaquer les Arabes.

L'auteur rend compte, en quelques mots, de l'installation du service de santé à Laghouat, dans la maison même de Ben-Salem, et fait connaître les conditions fâcheuses d'hygiène qui ont entouré les malades pendant les premiers temps de l'occupation, et que les efforts incessants du personnel de l'ambulance et l'appui du commandant supérieur ont réussi à modifier avantageusement.

L'auteur donne ensuite, dans un paragraphe spécial, quelques documents sur les contrées que les troupes ont parcourues, sur la nature et la configuration du sol, sur les eaux qui alimentent la ville, et sur la température, en réunissant dans un tableau les observations météorologiques qu'il a pu recueillir pendant son séjour à Laghouat. Il complète ses renseignements topographiques par quelques notions sur les productions du pays, sur les plantes, les arbres et les animaux que l'on y rencontre, sur l'assiette de la ville, la disposition des rues et des places, le mode de construction des maisons, et les caractères de la population qui les habite.

LAGHOUAT. — Note sur la topographie médicale de Laghouat ; compte-rendu du service médico-chirurgical de l'ambulance de cette ville, depuis le mois d'avril jusqu'au mois de septembre 1853, par M. *Marit*, médecin-major à l'hôpital de Milianah, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Laghouat, t. XIII, p. 394.

Cette relation et celle qui la précède se complètent mutuellement. Dans celle-ci, les documents recueillis par M. Marit peuvent se diviser en trois parties :

La première concerne l'historique de l'oasis de Laghouat, la description de la ville et des jardins qui l'entourent, la topographie et le climat du pays ; sous ce dernier rapport les observations de l'auteur ont constaté les résultats suivants :

Par sa position, la ville reçoit sans obstacle les vents de l'est, du sud et de l'ouest. Ces vents constituent d'énormes courants qui rendent la contrée plus salubre. Le vent du sud est de tous le plus violent, le plus chaud et le plus fréquent.

L'eau est abondante dans l'oasis où elle donne la vie à plus de 50,000 palmiers et arbres fruitiers, mais par l'ignorance et l'incurie des Arabes, elle s'épanche en plusieurs points à la surface du sol et y donne lieu à une végétation malsaine. Cette eau est claire et assez agréable à boire à la source, mais, par son passage à travers les jardins, elle perd totalement sa saveur fraîche et acquiert un mauvais goût très-prononcé.

Dans la deuxième partie, l'auteur donne quelques détails sur l'hôpital et ses dépendances et sur les bâtiments qui servent de caserne à la garnison dont l'effectif est de 1,000 hommes.

Dans la troisième partie, M. Marit fait connaître le nombre et la nature des maladies qui ont été traitées à l'hôpital de Laghouat pendant les mois de mai, juin, juillet et août 1853, et présente quelques considérations sur la cause, les symptômes, la marche et la médication des affections qui se sont montrées les plus fréquentes, telles que les fièvres intermittentes, la dyssenterie, la fièvre typhoïde et l'ophthalmie purulente. L'auteur ajoute quelques mots sur la piqûre du scorpion qui a peu de gravité à Laghouat, et sur les ulcères affreux, presque toujours de nature syphilitique, dont les indigènes sont si souvent atteints.

LAGHOUAT. — Météréologie. Observations faites à l'ambulance sédentaire de Laghouat pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1853, par M. *E. Petitet*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIII, p. 424.

Ces observations ont été faites au moyen d'un thermomètre centigrade à mercure exposé au sud et à l'ombre. Le tableau de ces observations présente, pour chaque jour, à six heures du matin, à midi et à six heures du soir, les degrés thermométriques, la direction du vent et la nature de l'atmosphère.

LAIT. — Note sur le dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil et détermination de la richesse du lait, par M. *Poggiale*, pharmacien-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. V, p. 275.

LALLEMAND, *médecin aide-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce* (1). — Observation d'une tumeur développée dans le cerveau, t. XIV, p. 192.

LAMOUREUX (A.-M.), *chirurgien-major de* 1re *classe au* 2e *régiment d'artillerie* (2). — Considérations pratiques sur le traitement de l'uréthrite aiguë et chronique par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé à haute dose (méthode dite abortive), t. VIII, p. 221.

---

(1) Médecin principal de 2e classe.
(2) Décédé médecin principal de 2e classe.

LANGLOIS, *pharmacien en chef de l'Hôtel des Invalides* (1). — Note sur la production de l'électricité par le passage des liquides à travers les corps poreux, t. X, p. 345. — Analyse de quelques eaux minérales du département de la Moselle, *ib.*, p. 347. — Action de l'acide carbonique sur la quinine et la cinchonine ; formation du carbonate de quinine cristallisé, t. XIII, p. 428.

LAPRÉVOTTE, *pharmacien aide-major aux ambulances de l'Algérie* (2). — Analyse chimique des eaux de Bône, t. IV, p. 227. — Notice topographique sur Coléah, t. IV, p. 39.

LARREY (Baron), *chirurgien ordinaire de l'Empereur, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées* (3). — Rapport sur l'état sanitaire du camp de Châlons, sur le service de santéde la garde impériale et sur l'hygiène des camps, t. XXI, p. 1.

LARREY (J.-D.) (Baron) (4). — Inauguration du monument élevé à sa mémoire, t. VI, p. 321. — Discours prononcé à cette occasion par M. *Bégin*, au nom du Conseil de santé, *ib.*, p. 323. — Discours de M. *Baudens*, au nom du Val-de-Grâce, *ib.*, p. 333. — Discours de M. *Dupin*, *ib.*, p. 336. — Quelques mots qui devaient être prononcées, par M. *Willaume*, chirurgien principal en retraite, *ib.*, p. 337.

LAUNAY (DE), *intendant de la* 1re *division militaire.* — Son discours, le jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, le 22 octobre 1849, t. V, p. 330.

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Décédé.
(3) Médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.
(4) Chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, membre de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut, mort en rentrant en France après l'inspection médicale de l'Algérie.

LAURIER ROSE. — De l'emploi de l'extrait de laurier rose dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. *France*, chirurgien aide-major, chargé du service à l'hôpital militaire de Teniet-el-Hâad, t. IV, p. 190.

Après des expériences répétées sur lui-même, l'auteur a administré avec succès l'extrait de laurier rose à vingt-quatre malades atteints de fièvres intermittentes de divers types. A l'appui de ses opinions il rapporte trois observations détaillées.

Ce travail est suivi de quelques réflexions de la part de la rédaction.

LAVERAN, *professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris* (1). — Réflexions et observations sur l'opération de l'empyème, t. II, p. 118. — Observation de dyssenterie aiguë grave avec expulsion d'une portion cylindrique de membrane muqueuse de l'intestin, t. XII, p. 228. — Rapport adressé au Ministre de la guerre sur les faits recueillis au congrès ophthalmologique de Bruxelles, sur l'ophthalmie dite militaire, t. XX, p. 1. — Note sur la nature de l'héméralopie, t. XXII, p. 233.

LEGENDRE, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Givet* (2). — Observation d'une plaie au-dessus de la fosse temporale gauche, avec fracture du pariétal correspondant et issue de plusieurs portions de substance cérébrale, accidents produits par un coup de talon de botte armé d'un éperon qui a pénétré en partie dans l'intérieur du crâne, t. VI, p. 146. — Observation d'inflammation aiguë avec tuméfaction considérable de tout le membre thoracique gauche, terminée par résolution, t. XI, p. 137.

LEGOUEST, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de*

---

(1) Médecin principal de 1re classe, sous-directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

(2) A quitté le service de santé militaire.

Milianah (1). — Observation d'épanchement purulent de la plèvre ; opération de l'empyème, t. VI, p. 13. — De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée, t. XV, p. 224. — Des congélations observées à Constantinople pendant l'hiver de 1854 à 1855, t. XVI, p. 275. — Etude sur les amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe, t. XVII, p. 117.

LELOUIS, *chirurgien aide-major au dépôt du train des équipages à Orange* (2). — Cas d'hydrophobie observé chez une femme mordue par un chien enragé, t. XVII, p. 133.

LEMARCHAND (3). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

LENTILLES. — *Voy.* ALIMENTS.

LÉONARD, *médecin en chef de l'hôpital militaire du Dey, à Alger* (4). — Note sur un cas de tænia observé en Algérie, t. XIII, p. 256.

LEPRIEUR, *pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bône* (5). — Essai sur les métamorphoses du trachys pygmæa, insecte de la famille des buprestides, t. XIX, p. 317. — Essai analytique des eaux thermales d'Hammam-Lif et d'Hammam-Gourbès de la régence de Tunis, t. XX, p. 412.

LEROY, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Bé-*

---

(1) Médecin-major de 1re classe, professeur à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires.

(2) Décédé.

(3) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

(4) Médecin divisionnaire de la province d'Alger.

(5) Pharmacien-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides.

thune (1). — Observation de morve aiguë recueillie dans son service à l'hôpital de Béthune, t. XIX, p. 1. — Observation de farcin chronique contracté par un militaire chargé du soin d'un cheval morveux, *ib.*, p. 32.

LESPIAU, *médecin aide-major de 2e classe au* 75e *régiment de ligne* (2). — Relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur le 75e régiment d'infanterie en garnison à Avignon, depuis le 14 août jusqu'au 31 octobre 1853, t. XIII, p. 169.

LEURET, *chirurgien aide-major de* 1re *classe au* 16e *régiment de ligne* (3).— Extraction d'un corps étranger de l'articulation femoro-tibiale gauche, t. VI, p. 296.

LÉVY (L.), *pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg* (4). — Analyse des eaux de Strasbourg et de Phalsbourg, t. XXII, p. 362.

LÉVY (MICHEL), *médecin en chef, premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz* (5). — Note sur la rougeole qui a régné dans la garnison de Metz pendant l'année 1846, t. II, p. 151. — Discours prononcé le 18 octobre 1848, à la distribution solennelle des prix du Val-de-Grâce, t. IV, p. 349. — Note sur la fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Paris au commencement de 1853, t. XII, p. 63.— Rapport fait à la Commission supérieure et consultative des subsistances, sur les vins plâtrés, t. XIII, p. 160.

---

(1) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de Rome.
(2) Médecin-major de 1re classe au corps expéditionnaire de Chine.
(3) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Strasbourg.
(4) Pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine.
(5) Médecin inspecteur, Directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

LIGATURE DES ARTÈRES. — *Voy.* ANÉVRYSME, ARTÈRES.

LIMAYRAC, *médecin aide-major* (1). — Notes médicales sur l'Oued-R'rir et sur Tuggurt, t. XVII, p. 88.

LION. — Notice sur un lion tué en Algérie; examen nécroscopique, par M. *Gustave Dufour*, médecin aide-major de 1re classe au régiment des cuirassiers de la garde impériale, t. XVI, p. 403.

Après avoir cité quelques documents historiques sur les espèces de bêtes féroces que les Romains tiraient des solitudes de la Libye et de la Numidie pour les combats du cirque, et donné l'opinion des savants sur les causes de la diminution considérable du nombre de ces animaux à l'époque actuelle, l'auteur rapporte les faits relatifs à un lion qui fut tué à l'état de liberté, dans tout le développement de sa taille et de sa force, et dont il put faire l'examen nécroscopique.

Dans cette opération, M. Dufour note avec soin les dimensions du corps et des membres de l'animal, celles des principaux viscères, tels que le cœur, la rate, le foie, les reins, les organes urinaires et reproducteurs, le larynx, etc. Le trajet des balles qui ont causé la mort, et les traces d'anciens coups de feu, soit sur les téguments, soit sur un point du système osseux.

LIQUEUR DE VILLATTE. — *Voy.* EMPOISONNEMENTS.

LUNÉVILLE et sa division de cavalerie; topographie, statistique, hygiène, maladies, par M. *C. Saucerotte*, médecin en chef des salles militaires de cette ville, t. XX, p. 117.

LUPINS. — *Voy.* ALIMENTS.

LUSTREMAN, *médecin principal, professeur de médecine opératoire à l'Ecole d'application de la médecine militaire* (2). — Rapport sur le service de la 2e division de

---

(1) Médecin-major de 2e classe.

(2) Médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires.

chirurgie au Val-de-Grâce, à la suite des événements de juin 1848, t. X, p. 134. — Notes sur les résultats des amputations à la suite de la congélation des membres inférieurs, t. XVII, p. 301. — Rapport adressé au ministre de la guerre sur les faits recueillis au Congrès ophthalmologique de Bruxelles, sur l'ophthalmie dite militaire, t. XX, p. 1. — De l'identité de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie militaire, *ib.* p. 96.

LUXATIONS. — Mémoire sur les luxations latérales du coude, par M. *Salleron*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Blidah (Algérie), t. XV, p. 246.

Le mémoire de M. Salleron présente deux parties : la première comprend la description d'un cas de luxation du coude en dehors, qui fait le sujet de son travail, et la comparaison des phénomènes de déplacement et de déformation du membre qui ont servi à établir le diagnostic de cette lésion, avec les symptômes de même nature qui caractérisent les cas analogues, consignés dans les archives de la science. Ce parallèle amène M. Salleron à reconnaître qu'il n'a observé et réduit qu'une luxation latérale externe incomplète, mais accompagnée d'un déplacement secondaire que paraissent n'avoir jamais observé les auteurs classiques, puisque aucun d'eux ne l'a mentionné, et dont les résultats sont la torsion de l'avant-bras et la pronation forcée.

M. Salleron justifie cette assertion, tout extraordinaire qu'elle peut paraître, par la citation des auteurs les plus recommandables et qui font autorité, tels que J.-L. Petit, Boyer, Ast. Cooper et plusieurs praticiens éminents dont les observations sont publiées par la presse médicale.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Salleron traite des causes des luxations latérales du coude et du mécanisme de leur action. De l'étendue et des symptômes du déplacement qui constituent les luxations latérales externes du coude, incomplètes à divers degrés, ou complètes, des procédés et des manœuvres de réduction.

L'auteur appuie ses remarques et ses propositions par des expériences faites sur le cadavre et qui ont pour but de reproduire artificiellement tous les degrés de la luxation latérale du coude. Il termine par des considérations sur les conclusions pratiques suivantes :

1° Jusqu'à M. Nélaton, les luxations latérales externes du coude ont été mal observées et incomplétement décrites ; aucun auteur n'a fait mention de la pronation forcée et de la torsion de l'avant-bras sur le bras.

2° La plupart des praticiens qui ont observé et rapporté des exemples de luxation externe du coude n'ont eu affaire qu'à des luxations incomplètes qu'ils ont prises pour des luxations complètes.

3° Dans les luxations externes du coude, il faut admettre trois degrés,

correspondant à trois états de déplacement permament, qui se traduisent par des symptomes propres, et fournissent des indications spéciales.

4° Dans les trois degrés, les liens articulaires sont déchirés; les nerfs et les vaisseaux sont intacts le plus souvent; le radius et le cubitus conservent leurs rapports.

5° La luxation latérale externe peut se compliquer de fracture, de rupture des principaux troncs nerveux ou sanguins, mais ordinairement elle est simple, sans accident grave immédiat ni consécutif; les mouvements du membre se rétablissent complétement et assez rapidement.

6° La réduction est simple et facile dans les deux premiers degrés; mais dans le troisième elle est plus compliquée et nécessite une grande précision dans les manœuvres.

LUXATION. — Observation d'un cas de luxation de l'avant-bras en avant, après fracture de l'olécrane, par M. *Guerre*, médecin divisionnaire de la province d'Oran, t. XV, p. 294.

Le premier décembre 1859, un sous-officier surveillant à l'atelier n° 5 des condamnés, monte sur le parapet du rempart du fort de Mers-el-Kebir, se penche pour donner des ordres et tombe d'une hauteur de dix mètres environ sur les rochers qui bordent la mer. Son transport à l'hôpital a lieu immédiatement. M. Guerre le voit presque aussitôt et constate les lésions dont le blessé est atteint. Ce sont une plaie contuse au côté gauche de la tête, de fortes contusions à la jambe, à la cuisse et à la hanche gauches et une luxation de l'avant-bras gauche en avant, après fracture de l'olécrane.

M. Guerre décrit les phénomènes de déplacement qui ont servi de base à son diagnostic, fait connaître les motifs qui l'ont guidé dans le choix des moyens de réduction, dans celui du bandage et de la position à donner aux membres et dans le traitement général dont le succès a été complet quarante-sept jours après l'accident, malgré la complication d'un érysipèle de la face.

L'auteur termine par quelques considérations sur le mécanisme de cette luxation.

LUXATION. — Mémoire sur la luxation simultanée des trois os cunéiformes sur la scaphoïde, par M. *A. Bertherand*, médecin principal à l'armée d'Afrique, t. XV, p. 331.

La rareté de la luxation des cunéiformes a surtout engagé M. Bertherand à faire connaître le cas de cette nature qui s'est présenté à son examen.

Le sujet de cette observation est un infirmier qui, le 10 janvier 1853, à Laghouat, tomba de quatre mètres environ de hauteur. Dans sa chute

perpendiculaire, le poids du corps porta entièrement sur la plante des pieds, et plus particulièrement sur la plante du pied droit.

Cet infirmier subit un long traitement pour combattre les accidents qui se produisirent, et sur la nature desquels il ne peut donner aucun renseignement précis. Deux ans après cette chute, il lui reste une claudication marquée et une complète inaptitude au service militaire.

Après avoir minutieusement décrit tous les phénomènes de cette lésion ainsi que les conséquences qui peuvent en résulter, M. Bertherand présente quelques réflexions sur la rareté des luxations des os du tarse, qui, dans son opinion, tient à deux ordres de causes : les unes essentiellement anatomiques, les autres physiques et physiologiques.

En publiant ce fait, l'auteur espère appeler l'attention des médecins de l'armée sur un ordre de lésions encore peu étudiées et qui, dans le petit nombre de cas décrits jusqu'à ce jour, faute d'avoir été constatées en temps opportun, n'ont pu bénéficier des ressources de l'art.

LYPEMANIE. — Remarques de M. *Marchal de Calvi*, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce, sur une observation de lypémanie suicide, t. X, p. 330.

M.

MAÏS. — Nouvelles expériences sur le maïs, comme plante saccharifère, par M. *Emmanuel Pallas*, médecin principal, t. II, p. 358.

M. Biot, doutant de l'utilité de la castration pour obtenir une plus grande quantité de sucre, et M. Moizin ayant demandé « s'il n'y au- « rait pas avantage à laisser croître l'épi du maïs jusqu'à l'état lactes- « cent, pour en extraire alors le sucre, qui, réuni à celui de la tige, « produirait un total plus avantageux, plutôt que de détruire l'épi dans « le but de concentrer dans la tige la matière sucrée destinée au déve- « loppement des grains, » M. Pallas a fait des expériences qui l'ont amené à reconnaître qu'il y aurait avantage à fabriquer d'abord le sucre avec les épis, vingt ou vingt-cinq jours après la floraison, et à n'entreprendre que plus tard l'extraction de celui de la tige. — On obtiendrait par ce moyen plus de sucre que lorsque le fruit a été détruit par la castration, et la proportion s'en élèverait de 38 à 43 pour cent.

De plus, les épis de maïs dont on aurait extrait le jus, seraient propres à la nourriture des bestiaux, et le parenchyme de la tige est d'une nature

filandreuse qui le rend très-convenable à la préparation d'un papier commun.

Voy. aussi ALIMENTS.

MALADIES traitées à l'hôpital thermal militaire de Vichy pendant la deuxième saison de l'année 1847, par M. *Barthez*, médecin en chef de cet hôpital, t. IV, p. 63. — Esquisse historique et philosophique des maladies qui ont sévi sur les soldats de l'armée d'Orient, depuis le début de la campagne jusqu'à ce jour, par M. *Scrive*, médecin en chef de l'armée, t. XVII, p. 1. — Coup d'œil général sur la nature des maladies de l'armée de Crimée jusqu'à la fin de 1854, par M. *Grellois*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, *ib.*, p. 269. — Notice sur quelques maladies mixtes observées dans les hôpitaux de Constantinople, par M. *Barudel*, médecin-major à l'armée d'Orient, t. XIX, p. 132.

MALADIES DU CŒUR. — Hypertrophie considérable du cœur avec abcès multiples dans cet organe ; observation recueillie par M. *Abeille*, médecin-adjoint, t. IV, p. 149.

Cette observation a trait à un militaire atteint d'hypertrophie du cœur, à l'autopsie duquel on trouve au sommet de cet organe un abcès enkysté, du volume d'un œuf de pigeon, et deux concrétions purulentes dans le ventricule gauche.

MALADIES DU CŒUR. — Observation de maladie du cœur et de l'aorte, par M. *Goedorp*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Calais, t. IV, p. 167.

MALADIES DU CŒUR. — Rupture des deux oreillettes du cœur, observation recueillie par M. *Demarest*, médecin aide-major au 66e de ligne, t. XVIII, p. 313 à 318.

MALADIES DE LA RATE. — Recherches sur les

affections de la rate dans les fièvres paludéennes de l'Algérie, par M. *Collin*, médecin abjoint à l'hôpital militaire de Philippeville, t. IV, p. 83.

Sur 6636 malades atteints de fièvres paludéennes, admisd ans le service de l'auteur, 467, environ 1 sur 14, présentaient une hypersplénie prononcée. Cette dernière fut aussi notée comme affection unique ou principale chez 491 entrants qui presque tous avaient eu antérieurement de fréquentes attaques de fièvre intermitente, ce qui donne au total de 958 hyperspléniśes sur 7127 fébricitants, soit 1 sur 7. Sur 353 individus morts de diverses maladies, l'auteur a observé la rate.

5 fois au-dessous du volume normal,

144 fois au volume normal,

204 fois très-manifestement hypertrophiée.

Dans les fièvres pernicieuses, la rate est hypertrophiée 50 fois sur 52, et considérablement ramollie chez les cinq sixièmes des sujets. Dans la cachexie paludéenne, l'hypersplénie est encore la règle, car on la rencontre 52 fois sur 61 malades. Chez 26 malades qui ont succombé à la phthisie pulmonaire, l'hypersplénie s'est montrée 11 fois.

Rien n'explique l'état réfractaire de certains individus à l'hypersplénie paludéenne, ni la facilité qu'ont les autres à la contracter; cependant, le régime tonique est pour les adultes un préservatif réel contre l'hypersplénie.

Le sexe féminin, l'enfance et la vieillesse trouvent contre elle une sorte d'immunité dans leurs dispositions organiques.

L'auteur termine son travail par cinq tableaux qui résument, sous forme synoptique, l'ensemble des faits anatomo-pathologiques qui lui servent de base.

MALADIES DE LA RATE. — Des ruptures spontanées de la rate dans les affections paludéennes, par M. *Collin* (E.), médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XV, p. 1 à 100.

L'altération la plus commune est l'exagération du volume de cet organe que l'auteur nomme *hypersplénie*, et qui peut se produire sous trois formes très-différentes : avec intégrité de structure, avec induration, avec ramollissement. Par elle même, l'hypersplénie joue sans doute un rôle d'une certaine importance dans les accidents ; mais elle y concourt beaucoup moins que le ramollissement splénique.

Il est un premier ramollissement de la rate, dans lequel le tissu splénique conserve sa structure normale et baigne souvent dans une proportion trop considérable de sang : c'est le ramollissement hypérémique, qui est plutôt du domaine de la physiologie que de la pathologie.

Dans le ramollissement essentiellement morbide, appelé *putrilagineux* ou mieux *pulpeux*, la rate est entièrement réduite en boue sanguine,

dans laquelle il n'y a plus, en apparence, d'organisation distincte. Son sang paraît avoir subi une altération profonde, et toutes les parties fibreuses de son parenchyme semblent désagrégées ou même dissoutes. Il n'y a cependant que la désorganisation de tissu. Ce qui le prouve, c'est la promptitude que met parfois la rate ainsi ramollie à reprendre son état normal ; c'est aussi l'extrême rareté de l'inflammation, et surtout de la gangrène dans ces mêmes rates.

Le ramollissement pulpeux de la rate est, comme son ramollissement hyperémique, toujours général, c'est-à-dire qu'il occupe la totalité du parenchyme splénique. Mais à ce premier élément de sa formation s'ajoutent presque toujours deux conditions essentielles, qui sont une mauvaise crâse du sang, telle qu'on la trouve dans les fièvres paludéennes, et des mouvements fébriles d'une certaine intensité.

L'hypersplénie avec ramollissement pulpeux est une affection commune en Algérie. Elle manque rarement dans les fièvres pernicieuses, dont elle constitue, en quelque sorte, le caractère anatomique ; on la rencontre encore fréquemment dans la cachexie paludéenne. Aussi, quand on considère, sur le cadavre, l'excessive friabilité des rates pulpeuses, quand on voit la moindre pression suffire pour érailler leur membrane fibreuse, et faire sourdre au dehors une boue sanguine abondamment accumulée, on est frappé d'une chose, c'est que, pendant la vie des sujets porteurs de cette altération, la rupture de la rate n'ait pas lieu plus souvent.

Sur huit cas de rupture, la solution de continuité a eu lieu trois fois sur des parties de la rate facilement accessibles aux violences extérieures (bord antérieur et face externe), et cinq fois sur des parties assez bien protégées sous ce rapport, telles que la face interne, le haut du bord postérieur et la tête du viscère.

La rupture de la rate s'est opérée de deux manières : le plus souvent (six fois), par une solution de continuité toute de surface et analogue aux plaies ordinaires, et deux fois, par une solution de continuité qui, divisant complétement une ou plusieurs portions du viscère, avait, à la lettre, fait fragment.

Dans le premier mode, ou la rupture de surface, la lésion s'est produite deux fois avec une seule déchirure, et quatre fois avec des déchirures multiples, depuis trois jusqu'à six. Ces solutions de continuité étaient, en général, transversales ou obliques, sous forme de fissure, de crevasses ou de boutonnière, avec bords et angles plus ou moins irréguliers. Quelques-unes, à lèvres multiples et radiées, occupaient une surface arrondie (rupture en étoile).

La plupart de ces déchirures étaient très- superficielles, et plusieurs semblaient n'avoir divisé que la membrane d'enveloppe de la rate.

Les déchirures qui entamaient plus ou moins le parenchyme splénique étaient taillées linéairement ou à pic, et, dans les ruptures à fragments, ceux-ci offraient une coupe irrégulière, mais essentiellement plane. L'aspect seul de ces solutions de continuité suffisait pour prouver qu'elles avaient été produites par rupture et non par abcès de la rate.

Les huit malades observés par l'auteur appartenaient au sexe masculin. Trois étaient civils, l'un cultivateur et les deux autres journaliers ;

cinq étaient militaires et servaient dans l'infanterie. Deux avaient 22 ans, les autres, 19, 25, 26, 28, 44 et 50 ans.

Ils étaient primitivement trois d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, un tempérament sanguin lymphatique et d'une constitution moyenne; les quatre autres d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution.

Ils avaient séjourné en Afrique :

Un, six mois seulement;

Trois, de six mois à un an;

Deux, d'un à deux ans;

Un, trois ans;

Un, trois ans.

Tous ces hommes, sans exception, avaient été éprouvés par les fièvres intermittentes ou rémittentes d'Afrique.

Quatre en avaient eu seulement quelques attaques, et quatre en avaient subi de très-fréquentes récidives.

Au moment où l'accident est arrivé, un était sous le coup d'une fièvre intermittente grave, deux étaient formellement atteints de fièvre pernicieuse, et un relevait à peine d'une semblable affection. Les autres étaient en proie à cette faiblesse générale, à cet état cachectique qu'amènent si promptement les maladies endémiques de l'Algérie.

De toutes les causes, les plus fatalement efficaces, sans contredit, sont fournies par les altérations anatomiques de la rate, dues aux affections précédentes.

Lorsque la rate est soumise aux conditions examinées, trois causes peuvent agir directement sur elle pour opérer la rupture immédiate, à savoir : le trop plein ou l'excès de tension de sa capsule, une violence extérieure, et les tractions des organes mobiles environnants.

Il n'y a guère de lésions qui doivent faire porter un pronostic plus sinistre que la rupture de la rate, puisque toutes les observations qu'on a publiées jusqu'à ce jour se sont terminées par la mort.

Il est superflu d'insister sur le traitement d'une affection presque nécessairement mortelle. Si, par hasard, on venait à reconnaître une rupture de la rate, la seule chose à faire serait évidemment de condamner le malade à l'immobilité absolue, de calmer par l'opium la douleur et les autres violents symptômes, ou de ranimer au besoin, par les excitants, la vie défaillante. On devra, dans tous les cas, agir avec une grande circonspection.

Le mémoire de M. Collin peut se résumer ainsi :

1° Les ruptures spontanées de la rate, dans les affections paludéennes, sont moins rares qu'on ne le pense généralement.

2° Il en existe plusieurs espèces ou variétés.

A. Rupture par ramollissement *général* et par ramollissement *partiel* de la rate.

B. Ruptures de *surface* et ruptures à *fragments*.

C. Ruptures avec hémorrhagie *libre* dans le péritoine, ou *bornée* par des adhérences à l'hypochondre gauche.

D. Déchirures capsulaires sans hémorrhagie, ruptures sèches.

3° Ces ruptures siègent le plus souvent sur la tête ou sur la face

externe de la rate ; elles peuvent se cicatriser comme les plaies ordinaires, et se séparent même assez promptement.

4° Leurs causes *prédisposantes* sont, indépendamment des fièvres paludéennes, de l'hypersplénie et des ramollissements spléniques, parenchymateux, les mauvaises conditions de la membrane d'enveloppe de la rate, son épaisseur et sa force de résistance non proportionnelles au volume du viscère ou inégalement réparties, sa friabilité générale ou partielle par dissolution ou bien par splénite sous-capsulaire, enfin, ses liens naturels ou ses adhérences morbides avec les organes environnants.

5° Leurs causes déterminantes sont le trop plein ou l'excès de tension de la membrane d'enveloppe, des violences extérieures méconnues et les tractions des organes mobiles environnants, surtout celles du diaphragme.

6° Souvent, les symptômes de ces ruptures ne sont pas appréciables ou passent inaperçus ; leurs symptômes d'invasion, les plus tranchés de tous, ont été latents cinq fois sur huit.

7° Contrairement aux faits connus jusqu'ici, l'épanchement sanguin dans le péritoine, par suite de rupture splénique, n'a provoqué que trois sur cinq une péritonite générale et immédiate.

8° La non-péritonite, en pareil cas, est un fait conditionnel, et dû principalement à l'abondance de l'hémorrhagie, à la prostration extrême des forces et à la promptitude de la mort.

9° Dans les ruptures spléniques avec hémorrhagie bornée par des adhérences à l'hypochondre gauche, il se forme là, consécutivement, des collections purulentes sanieuses qui, par la facilité qu'elles ont de perforer le diaphragme, s'épanchent de préférence dans la plèvre correspondante.

10° Nos diverses ruptures de la rate n'ont pas eu d'action sur l'appareil fébrile.

11° Elles se sont constamment terminées par la mort ; leur durée a été de onze jours en moyenne, au minimum de trente-six heures, au maximum de ving-sept jours.

12° Leur diagnostic est resté toujours nul ou équivoque. Ces lésions ne possèdent pas de caractère pathognomonique.

13° Les ruptures spontanées de la rate sont d'un pronostic désespéré, moins peut-être par elles-mêmes que par les affections concomitantes ou les complications ultérieures.

14° La facilité avec laquelle ces ruptures peuvent se produire, astreint les fébricitants et les cachectiques à se tenir toujours sur leurs gardes ; elle impose aussi l'obligation d'entourer ces malades de soins assidus, et surtout de n'exercer sur eux la palpation ou la percussion de la région splénique qu'avec une extrême réserve.

MALADIES DE LA RATE. — Etudes statistiques sur les observations quotidiennes d'augmentation et de diminution de volume de la rate dans les fièvres

intermittentes, par M. *Durand* (F.), médecin en chef de l'hôpital militaire de Ténez, t. V, p. 110 à 116.

Ce travail est résumé par l'auteur lui-même dans les propositions suivantes :

1° Pendant toute l'année la rate est en général plus volumineuse le matin que le soir, dans la proportion de 0.769 ;

2° Cette proportion, qui est de 0.769 en hiver, s'élève en été à 0.817 ;

3° Enfin, si au mois de janvier, époque du minimum des dégorgements diurnes, cette proportion est de 0.626, elle est au mois d'août de 0.858.

MALADIES DU CERVEAU. — Apoplexie de la protubérance annulaire, par M. *Cuvellier*, chirurgien-major au 62e de ligne, t. XI, p. 262 à 268.

MALADIES DU CERVELET. — Note sur les symptômes de la cérébellite, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIV, p. 126 à 141.

L'auteur s'applique à établir que les symptômes de la cérébellite sont les suivants :

1° Difficulté de la station et de la progression ;

2° Convulsions ;

3° Conservation de l'intelligence et de la sensibilité générale ;

4° Douleur localisée tantôt à l'occiput, tantôt à l'occiput et à l'oreille.

MALADIES GASTRO-INTESTINALES. — Note sur les affections gastro-intestinales de forme bilieuse, observées au 30e régiment de ligne, en garnison à Mézières, pendant l'été de 1846, par M. *Jullienne*, chirurgien-major au 30e régiment de ligne, t. II, p. 186.

MAILLOT, *médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées* (1). — Discours prononcé sur la tombe de Baudens, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. XXI, p. 449.

---

(1) Même position.

17

MALLE, *chirurgien major de l'hôpital de la Salpêtrière, à Alger* (1). — Discours prononcé par lui sur la tombe de M. Gasté, médecin en chef de l'armée d'Afrique, t. III, p. 395. — Observation d'arthrite du genou droit, t. XI, p. 114.

MARCHAL (de Calvi), *chirurgien major, professeur au Val-de-Grâce* (2). — Compte-rendu de son service des vénériens au Val-de-Grâce pendant les mois de mai, juin, juillet, août et septembre 1846, par M. *Souhaut*, aide-major au 11e dragons, t. I, p. 242. — De l'éthérisation, t. III, p. 194. — Discours prononcé par lui, le jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, le 28 novembre 1847, *ib.*, p. 371. — Discours prononcé par lui aux obsèques de Casimir Broussais, *ib.*, p. 371. — De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte, comprenant un aperçu du mécanisme des hydropisies en général, t. V, p. 246.— Note sur la Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Zaatcha par M. Quesnoy, t. VI, p. 288. — Note sur une observation d'extraction de corps étranger de l'articulation fémoro-tibiale gauche, *ib.*, p. 299. — Remarques et observations sur des affections névropathiques : de la paralysie faciale ; de la névralgie trifaciale traumatique ; de la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens, consécutive à la névralgie de la troisième ; névropathie indéterminée de l'appareil laryngo-pharyngien ; tic douloureux ou névralgie convulsive rhumatismale des nerfs occipitaux, du plexus cervical, etc., t. IX, p. 188. — Remarques sur des observations de chirurgie de M. Troy : sur deux cas de plaies de poitrine suivies d'hémothorax, ayant nécessité l'opération de l'empyème ; sur une observation de tétanos traumatique ; sur une observation de lypémanie suicide,

(1) Décédé.
(2) A quitté le service militaire.

t. X, p. 312, 329, 330. — De l'arthrite uréthro-sympathique, t. XI, p. 1.

MARIT, *médecin-major à l'hôpital militaire de Milianah* (1). — Note sur la topographie médicale de Laghouat; compte rendu du service médico-chirurgical de l'ambulance de cette ville, depuis le mois d'avril jusqu'au mois de septembre 1853, t. XIII, p. 394.

MARMY, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de perfectionnement* (2). — Observation d'angine laryngée œdémateuse, ayant nécessité l'opération de la bronchotomie, t. IV, p. 265. — Observation de fracture du fémur par une balle, *ib.*, p. 287.

MARQUET (E.), *chirurgien sous aide-major à l'hôpital militaire de Saint-Omer* (3). — Observation d'une fracture de l'acromion, formation et extraction de séquestres, t. II, p. 289.

MARTIN (J.-J.-A.), *chirurgien-major de 1re classe, chef de service à l'hôpital militaire de Colmar* (4).—Observations sur la transformation de la stomatite érythémateuse en stomatite pseudo-mercurielle, accompagnée de ptyalisme opiniâtre produit par l'emploi de la pommade d'hydriodate de potasse en frictions sur la région des glandes salivaires, t. II, p. 310.

MARTINACHE, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire d'Orléansville* (5). — Observation d'éléphantiasis du scrotum, traité, opéré et guéri par les soins de M. Mestre, chirurgien-major, t. VIII, p. 255.

---

(1) Médecin principal de 2e classe aux hôpitaux d'Alger.
(2) Médecin principal de 2e classe à l'hopital des Collinettes à Lyon.
(3) A quitté le service de santé militaire.
(4) Admis à la retraite.
(5) A quitté le service de santé militaire.

MASIMBERT, *médecin-major de 1re classe* (1). — Observation de tænia, t. XIII, p. 284.

MASKARA. — Notice topographique sur la ville et le territoire de Maskara, par M. *Haspel*, médecin ordinaire, t. VIII, p. 83. — Notice sur les eaux de la ville de Maskara et de ses environs, par M. *Jullier*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 117.

MASNOU, *médecin aide-major de 1re classe* (2). — Rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes à divers types qui a régné dans la colonie de Penthièvre (subdivision de Bône) pendant le 2e et le 3e trimestre 1854, t. XVI, p. 106.

MASSE, *médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'Orient* (3). — Observations de plaies par armes à feu, recueillies dans les services de MM. Mery, médecin principal, et Morgue, médecin en chef des hôpitaux de Constantinople, t. XVI, p. 379. — Observation de deux fractures du crâne, *ib.*, p. 387, 391.

MASSIP, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Biskara* (4). — Essai sur le bouton de Biskara, t. XI, p. 239.

MATIÈRES ORGANIQUES. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 270.

MAUGRA (Nicolas), *chirurgien de 3e classe à l'hôpital militaire de Zurich* (5). — Observation sur une hydrophobie

---

(1) Décédé.
(2) Médecin-major de 1re classe.
(3) Médecin-major de 1re classe dans le service hospitalier.
(4) A quitté le service de santé militaire.
(5) Admis à la retraite.

spontanée suivie de la rage, et observations faites sur plusieurs chiens enragés, t. XVII, p. 194, 204.

MAUPIN, *chirurgien-major à l'hôpital militaire de Sétif* (1) —Note sur la congélation et le scorbut, t. IV, p. 299.— Des congélations au point de vue de leur traitement par les opérations, t. XIX, p. 265. — Note sur les amputations primitives et consécutives faites en Orient et considérées au point de vue de la signification de leurs résultats, *ib.*, p. 290. — Quelques considérations sur la pourriture d'hôpital épidémique, t. XX, p. 368.

MAYER, *médecin principal de* 2e *classe* (2). — Rapport médical sur les maladies internes traitées à l'hôpital militaire de Rome pendant le 4e trimestre de 1853, t. XIV, p. 107.

MÉDARD (E.), *chirurgien aide-major au* 21e *léger* (3). — Appréciation expérimentale de la méthode des injections caustiques dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme, t. VIII, p. 229.

MÉDECINE LÉGALE. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, par M. *Roucher*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 270. — Rapport médico-légal ayant pour but principal la constatation de taches de sang sur un burnous, par M. *Pastoret*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine, et M. *Choulette*, pharmacien en chef du même établissement, t. XIX, p. 343.

MEILHAN, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de*

---

(1) Médecin principal de 1re classe, en chef de l'hôpital militaire de Bayonne,

(2) Médecin principal de 1re classe, en chef des hôpitaux de Rome.

(3) A quitté le service de santé militaire.

Cherchell (1). — Observation d'hydrophobie, t. XVII, p. 162.

MELCION-D'ARC, *intendant militaire.* — Discours prononcé par lui, le 28 novembre 1847, jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, t. III, p. 357.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — Résumé des documents envoyés au Conseil de santé sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. IX, p. 1 à 127.

La méningite cérébro-spinale, si remarquable par sa gravité et par l'extension de ses ravages, a surgi vers 1837 dans le midi de la France. Circonscrite à cette époque dans un petit nombre de villes, elle a, depuis lors, porté ses coups successivement dans presque toutes nos places de guerre et villes de garnison. Bien qu'elle ait régné à diverses reprises dans nos places frontières du Midi, du Nord et de l'Est, elle a épargné jusqu'ici les Etats limitrophes; en revanche, elle a franchi, en 1840, la Méditerranée, et inauguré ses ravages en Algérie; enfin on l'a vue, dans ces derniers temps, suivre nos régiments jusque sur le sol de la Romagne.

La maladie a été décrite sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, par les Allemands sous celui de *cerebral-typhus*, par les Italiens sous le nom de *tifo apoplettico tetanico*. La connaissance du passé est d'un haut intérêt dans l'étude des maladies populaires; elle conduit à une appréciation plus juste des causes et de la symptomatologie, et donne une base plus solide à la thérapeutique et à l'hygiène. Toutefois, le rapprochement des faits ne devient réellement fécond qu'à la condition de porter sur des affections du même genre. Sous ce rapport, l'histoire de la maladie qui nous occupe présente de grandes difficultés.

Il faut arriver au commencement du XIXe siècle pour rencontrer quelques descriptions un peu moins incomplètes. Ainsi, la maladie observée en 1805 à Genève par Vieusseux, est manifestement une méningite cérébro-spinale; cette même affection fut observée dans l'armée prussienne par Hufeland de 1806 à 1807; en 1807, à Briançon, par Billerey; en 1811, à Dantzick, par Gasc; en 1813, à Brest, par Arnault; en 1813 et 1814, à Mayence, par Petit; en 1814, à Paris, à Grenoble, à Pont-à-Mousson; en 1815, à Metz, par Rampont; en 1816, dans la garnison bavaroise de Sarreguemines, par Seitz; en 1823, au Mans, par M. Pingrenon.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

Genève, 1805. — La maladie se manifeste en janvier 1805 dans une famille composée d'une femme et de trois enfants; deux de ces derniers sont atteints et meurent en moins de vingt-quatre heures. Quinze jours après, elle se montre dans une famille du *voisinage*, composée du père, de la mère et de cinq enfants. Parmi ces derniers, quatre sont atteints et succombent après 14 à 15 heures de maladie. Un jeune homme, demeurant dans la maison attenante, est frappé et il meurt dans la nuit, « ayant le corps violet, » la maladie disparaît au mois de mai, après avoir fait 33 victimes. Les caractères indiqués sont : invasion brusque et pendant la nuit, vomissements de matière verte, céphalalgie atroce, raideur dans l'épine dorsale, déglutition difficile, convulsions, exacerbations nocturnes, pétéchies; mort survenant après 12 heures, à cinq jours de durée de la maladie. « L'autopsie montre le cerveau gorgé de sang, et absence d'al- « tération des autres viscères; dans un petit nombre de cas, le cerveau « est dans son état naturel.»

Voici quelques passages de l'instruction du ministre de l'intérieur du 27 janvier 1814 : « Sensation de froid, tiraillement douloureux dans les mollets, convulsions légères, exacerbations régulières et délire pendant la nuit, déglutition difficile. A Mayence, le typhus paraît souvent sous la forme d'une encéphalite, avec mal de tête, s'étendant du vertex à l'occiput, et se prolongeant le long de la colonne épinière. Il y a état comateux ou délire féroce; dans quelques cas, tétanos général, expulsion de lombrics.... les femmes et les vieillards sont moins exposés.... Il faut s'abstenir avec soin de la saignée (page 20). Dans le cas de tétanos (page 26), on a tiré de grands avantages de l'opium; le vin pur doit être regardé toujours comme médicament (page 27). »

Paris, 1814. — Biett a publié plusieurs observations détaillées, recueillies par lui en 1814 à l'hôpital Saint-Louis. En ce qui regarde le traitement, voici un passage de sa thèse, digne d'être cité : « Un célèbre professeur de cette école m'a assuré avoir retiré *les plus grands avantages du laudanum liquide donné à très-haute dose* dès le début de la maladie. »

Grenoble, 1814. — « Il y avait, dit Comte raideur tétanique de la tête et du tronc, produite par l'état inflammatoire de la moelle allongée; j'établirai deux variétés de cette fièvre typhoïde nerveuse adynamique, l'une avec tétanos, l'autre sans tétanos. Elle se manifesta à Grenoble pendant les mois de février, mars et avril 1814, parmi les hommes de la garnison, la plupart venaient de l'armée du Mont-Blanc, où, pendant des froids très-rigoureux, ils avaient fait un service pénible, toujours dans la neige, et exposés jour et nuit à de grandes fatigues; ils appartenaient presque tous aux dernières levées. La maladie débutait comme une véritable fièvre catarrhale, nerveuse ou ataxique; au bout de deux ou trois jours, les yeux devenaient vifs et brillants, la conjonctive s'injectait, les muscles de la face présentaient des mouvements convulsifs, puis survenait une raideur tétanique de la partie supérieure du corps, la tête étant constamment renversée et immobile. Les douleurs de tête étaient vives et constantes, et s'observaient principalement à la partie *postérieure* du cou; il survenait un délire plus ou moins violent, la maladie atteignait fréquemment des individus en traitement à l'hôpital pour d'autres affec-

tions. MM. Billerey et Billon, médecins attachés aux hospices, et qui virent les premiers malades, pensèrent, d'après quelques rapports parvenus sur la fièvre dite nerveuse de Dresde, de Leipsick et de Mayence, que c'était la même maladie. Plusieurs personnes de la campagne, qui avaient logé des soldats autrichiens, moururent de la maladie; une demoiselle de Grenoble, qui était allée visiter ses parents malades à la campagne, rentra en ville, où elle succomba à la maladie compliquée de raideur tétanique; chez tous les sujets morts, on trouva constamment les vaisseaux sanguins du cerveau dilatés, des traces d'inflammation, des portions de ce viscère comme macérées, ses diverses cavités contenant une plus ou moins grande quantité de sérosité. Les recherches, poussées jusque dans le canal vertébral, ont révélé constamment des traces de phlegmasie sur la surface interne de l'enveloppe de la moelle; des traces semblables, livides ou d'un sang obscur dans la moelle même, avec des portions de la surface macérées et présentant une suppuration manifeste. »

Pour abréger, l'auteur passe sous silence la période de 1814 à 1836. A dater de 1837, la maladie prend un développement qui commande l'attention. Elle se manifeste dans le sud-ouest de la France sur deux lignes, dont l'une s'étend de Bayonne à La Rochelle, en passant par Dax et Bordeaux, et dont l'autre, longeant la frontière des Pyrénées, s'étend de Bayonne à Perpignan, en traversant Auch, Foix et Narbonne, après avoir atteint, en 1839, un certain nombre de villes du Midi, telles que Nîmes, Avignon et Toulon, où se trouvent les dépôts des divers régiments de l'armée d'Afrique. On voit la maladie tout à coup se manifester, en 1840, dans la garnison de Douera, à quelques lieues d'Alger. Dans la même année, elle exerce ses ravages dans le royaume de Naples et dans les Etats de l'église; en 1814, elle se montre dans la population civile de Gibraltar, et, dès l'année suivante, nous la voyons atteindre Philippeville (Algérie), la seule population maltaise des portefaix, en commençant par ceux qui s'occupent du déchargement des navires. Dans la même année, 1815, la maladie exerce ses ravages à Douera dans le 36e de ligne, au moment même où elle tue, à Toulon, dix-huit hommes du dépôt du même régiment; en 1846, la maladie, après s'être manifestée dans la garnison d'Alger, se propage à la population civile européenne, ainsi qu'à la population arabe.

Dans la même année, elle se montre en Irlande; enfin elle règne en France en 1847, 1848, 1849 et 1850, dans un grand nombre de localités; elle atteint quelques soldats français en Italie, en 1849 et en 1850. La Belgique, la Suisse et le grand-duché de Bade sont épargnés. Voici quel a été le théâtre des manifestations successives de la maladie en France pendant la période de 1837 à 1848 : 1837, Bayonne, Dax, Rochefort, Toulon, Auch, Foix, Narbonne; 1838, Bayonne, Dax, Toulon; 1839, Bayonne, Dax, Rochefort, Versailles, Saint-Cloud, Chartres, Metz, Nîmes, Avignon; 1840, Bayonne, Versailles, Rambouillet, Caen, Givet, Metz, Strasbourg, Laval, le Mans, Château-Gontier, Tours, Poitiers, Avignon, Grenoble, Montbrison, Perpignan; 1841, Perpignan, Bayonne, Versailles, Rambouillet, Cherbourg, Strasbourg, Haguenau, Altkirch, Schelestadt, Lunéville, Nancy, Metz, Toul, Tulle, le Puy, Laval, Blois, Lorient, Château-Gontier, Joigny, Périgueux, Poitiers, Ancenis,

Dijon, Grenoble, Saint-Etienne, Avignon, Pont-Saint-Esprit, Aigues-Mortes, Marseille; 1842, Versailles, Nantes, Lyon, Grenoble, un village de la Haute-Loire; 1844, Grenoble, un village de Seine-et-Marne; 1845, Avignon, Grenoble, Bayonne, Saint-Jean-de-Luz; 1846, Lyon, Grenoble, Avignon, Marseille, Montpellier; 1847, Paris, Orléans, Bourges, Lyon, Avignon, Montpellier, Grenoble, Metz, Ajaccio (deux cas) ; 1848, Voiron, Grenoble, Saint-Etienne, Lyon, Avignon, Nîmes, Beaucaire, Saint-Hippolyte-du-Fort , Marseille, Orléans, Vernon, Dijon , Paris, Cambrai, Bouchain, Lille, Châlons sur-Marne, Verdun, Metz, Lunéville, Strasbourg. En Algérie, la maladie se montre dans les localités ci-après : 1840, Douera; 1844, Constantine; 1845, Douera, Philippeville, Constantine, Batna, Sétif; 1846, Alger, Médéah, Orléansville, Philippeville, Stora, El-Arouch, Constantine; 1847, Guelma, Constantine, Alger, Douera, Médéah.

Le 15 mars 1838, M. Lespés, médecin des épidémies à Saint-Sever, Landes, informait la Société de médecine de Bordeaux que la maladie avait débuté au commencement de 1837, d'après les uns, dans l'intérieur des terres, selon les autres, à Dax, Bayonne, Mugron, Tartas. On avait pensé qu'elle avait été *importée* à Saint-Sever par quelques individus venus de l'extrémité occidentale des Pyrénées.

Vers la fin de 1837, le 18e léger quitte le théâtre de la maladie décrite par M. Lespés, pour se rendre à Rochefort. Du 15 janvier au 8 février, sept hommes de ce régiment sont atteints de méningite, et six succombent. Tous les autres corps de la garnison sont épargnés ; la maladie semblait avoir disparu complétement, lorsque, le 14 décembre 1838, elle commence à se manifester parmi les forçats du bagne. Dès le 31 décembre, quatorze forçats et cinq gardes-chiourmes avaient été atteints, et presque tous avaient succombé, deux avant leur entrée à l'hôpital, quatre une heure après, huit vingt-quatre heures après. Dans le courant de janvier 1839, la maladie frappe soixante-huit forçats, treize surveillants et vingt-cinq ouvriers et autres individus.

Vers la fin de 1848, le 18e léger, que nous avons vu atteint de méningite à Rochefort, à son arrivée de la frontière des Pyrénées, quitte cette dernière ville pour se rendre à Versailles; dès le mois de février 1839, six hommes de ce régiment, habitant la même chambre, sont frappés à peu de jours d'intervalle; jusqu'à la fin de mars, la maladie règne à peu près exclusivement dans le 18e léger; dès le 5 mars, les casernes occupées par ce régiment sont évacuées, et cette mesure paraît produire un effet avantageux.... A la fin de mars, deux compagnies sont détachées à Chartres, où elles fournissent, dès leur arrivée, deux malades qui succombent avec tous les symptômes de la maladie de Versailles..... Une recrudescence a lieu en mai, et six malades habitant la même chambre sont frappés; deux hommes sont atteints à l'hôpital, après y être entrés pour d'autres affections. » Sur 154 militaires atteints, 116 appartiennent au 18e léger ; sur 66 décès, 48 sont fournis par ce régiment; le 55e de ligne, le 4e de cuirassiers et le 2e de hussards ne fournissent chacun qu'un seul décès ; le 4e de ligne n'en donne aucun.

A Avignon, la maladie se manifeste pour la première fois en 1839, et elle s'y reproduit en 1840 et 1841. En 1840, trois femmes attachées à

l'hospice où sont traités les militaires sont atteintes successivement ; ce sont une sœur, une lingère et une infirmière; cette dernière est frappée en soignant une jeune fille atteinte de méningite. La maladie se reproduit en 1845, 1846, 1847 et 1848, et chaque fois la population civile, envahie après la population militaire, fournit son contingent à l'affection régnante. Vers la fin de 1847, le dépôt du 3e léger se rend d'Avignon à Nimes ; il ne fournit plus aucun cas de méningite ; en revanche, une trentaine d'hommes des bataillons de guerre, récemment arrivés d'Afrique, sont atteints, et plusieurs succombent.

Au mois de décembre 1841, le 3e bataillon du 62e de ligne quitte Pont-Saint-Esprit, où règne la méningite, pour se rendre à Marseille ; plusieurs hommes sont atteints en route, et la maladie continue d'exercer ses ravages dans le bataillon après son arrivée dans cette dernière ville, sans atteindre cependant le 20e léger, caserné à un certaine distance ; dans le courant de janvier 1842, les deux bataillons de guerre du 62e de ligne venant d'Afrique débarquent à Marseille, où ils ne tardent pas à fournir leur contingent à la maladie importée de Pont-Saint-Esprit.

A Aigues-Mortes, la maladie, dit M. Schilizzi, éclate le 24 novembre 1841, et continue, à quelques courtes interruptions près, jusqu'au 4 mars 1842. Souvent plusieurs membres d'une même famille sont frappés presque simultanément. Dans une famille composée de dix membres, cinq individus sont atteints et quatre succombent. Souvent la femme soignant son mari, ou la mère sa fille, suivent ou précèdent dans la tombe l'objet de leurs affections Sur 160 malades atteints, 120 meurent. Sur une garnison composée de 80 hommes, pas un homme n'est atteint.

A Strasbourg, la maladie commence en octobre 1840, par le 7e de ligne, récemment arrivé, et qui avait perdu quatre hommes de méningite en route. Pendant trois mois, ce régiment fournit presque seul les malades. Le 69e de ligne, dont deux compagnies habitent en commun une même caserne avec une fraction du 7e de ligne, est atteint en décembre. La maladie gagne le 29e de ligne et le 1er d'artillerie en février. Enfin, le régiment des pontonniers n'est atteint qu'en mars, c'est-à-dire un mois après la première apparition de la maladie dans Strasbourg. Dans la population civile, le premier cas ne se manifeste qu'en janvier ; à dater de cette époque, la maladie suit une marche croissante jusqu'en juin, et elle continue de sévir. Après la cessation de l'épidémie militaire, elle domine dans les rues étroites ; dans l'une d'elles, on observe quatre malades. « A l'arsenal, dit M. Tourdes, plusieurs individus travaillant ensemble sont frappés simultanément ; six cas se développent dans un temps très-court. Dans les rues voisines de ce bâtiment, plusieurs ouvriers ayant des relations avec la troupe sont atteints. Du 27 mars au 18 avril, j'ai vu quatre cas appartenant à des ouvriers qui travaillaient à la fonderie de l'arsenal ; presque en même temps d'autres se groupaient autour d'eux, dans les petites rues du Broglie qu'ils habitaient. » On compte, parmi les individus atteints, 2 chirurgiens militaires, un élève en médecine, 5 infirmiers, 7 enfants de militaires. De Strasbourg la maladie s'étend à Bouxwiller, à Schwindratsheim, à Illkirch, et jusqu'à Wissembourg ; « mais, dit

M. Wunschendorf, à mesure qu'elle s'éloigne de son berceau, elle perd de son intensité. » A Wassellone, lieu de passage continuel pour les militaires, 8 habitants sont atteints. Enfin, la maladie envahit Haguenau, mais elle y épargne la maison centrale de détention.

Le 29e de ligne, dit M. Mistler, quitte Strasbourg le 20 janvier 1841 ; à Erstein, il perd un tambour par suite de méningite ; arrivé à Schélestadt le 21, il envoie à l'hôpital un malade atteint de cette même affection ; le 29, on constate dans la population civile le premier cas chez l'enfant d'un cabaretier demeurant près de la caserne, et dont la maison est exclusivement fréquentée par les soldats du 29e ; le 6 février, deux nouveaux cas se présentent sur les deux jeunes filles du boucher qui fournit la viande à la troupe. Peu à peu la maladie envahit tout le quartier, et, dans l'espace de deux à trois jours, on observe une trentaine de cas. Les habitants de l'intérieur de la ville et des quartiers, autres que celui de la caserne, sont épargnés ; dans la garnison, la maladie continue ses progrès ; mais le 29e en fait seul les frais.

A Philippeville (Algérie), la maladie éclate le 24 décembre 1845 dans la population maltaise ; elle épargne la population sarde, beaucoup plus encombrée, et à peu près complétement la garnison ; le premier malade est un portefaix maltais ; les autres civils sont des journaliers, des portefaix, des hommes de peine ; les femmes sont épargnées ; sur 25 malades observés par M. Lagrave, 3 seulement sont militaires ; sur 6, dont les observations ont été recueillies, on trouve un infirmier. M. Lagrave insiste sur les douleurs prononcées à la nuque, qu'il éprouva lui-même. Deux chirurgiens sous-aides, attachés à l'hôpital pendant le règne de la maladie, ressentirent des douleurs analogues.

A Lyon, la méningite se manifeste vers la fin de 1846. Dans la garnison, sur 56 malades, 23 appartiennent au seul 61e de ligne, bien que ce régiment soit caserné au fort Lamotte, situé hors de la ville dans une plaine, fort dont les chambres sont vastes et bien aérées ; 13 autres appartiennent au 77e de ligne ; les 14 et 15e d'artillerie, moins bien partagés sous le rapport du casernement, ainsi que la population civile, restent complétement épargnés. « Un soldat du 61e, dit M. Chapuy, porte à l'hôpital un de ses camarades atteint de méningite ; il est en parfaite santé, il parle, il rit avec ses camarades ; à peine de retour à la caserne, il tombe sans connaissance, et il est immédiatement transporté à l'hôpital lui-même avec tous les symptômes de l'affection, à laquelle il succombe.

A Orléans, la garnison se composait, lors de l'invasion de la maladie, de trois bataillons de dépôt : 5e et 7e léger et 2e de ligne. Du 1er décembre 1847 au 28 mars 1848, M. Corbin compte 50 malades, dont 11 du 7e léger, 7 du 5e léger, et seulement 2 du 21e de ligne. Sur ce nombre, 14 succombent. « L'épidémie semble avoir été importée par le 7e léger, qui venait de Lyon, où avait régné la même année la maladie, et s'être communiquée de ce régiment au 5e léger et au 22e de ligne. A deux reprises, ce sont des hommes qui couchent voisins l'un de l'autre qui sont atteints. Un enfant de dix-huit mois d'une belle constitution, fille d'une cantinière qui habitait la caserne du 7e léger, est atteinte et meurt. Il avait présenté le renversement de la tête en arrière ; on trouve à

l'ouverture du corps des pseudo-membranes purulentes sur la portion cervicale de la moelle. Une jeune fille, dit M. Corbin, meurt de la même maladie : l'utérus contient un embryon de six à sept semaines; elle était la maîtresse d'un militaire, maîtresse avérée et enceinte de lui. » En 1842, M. Cayol donne à dîner à Paris à deux jeunes hommes pleins de santé ; trois semaines après, il apprend à la fois la nouvelle de la mort de ces deux jeunes gens, qui venaient de succomber à Orléans à la méningite, en même temps qu'il était appelé en toute hâte pour donner ses soins à leur sœur, enfant de douze ans, atteinte de la même maladie.

Cambrai, 1848. On a vu plus haut la maladie sévir dans les 5e et 7e léger, à Orléans, et dans de 1er régiment du génie, à Metz. Le dépôt du 7e léger vient tenir garnison à Cambrai. Le 16 mars, il entre à l'hôpital un militaire du 5e léger, et le 30 mars un homme du 1er génie; tous deux meurent de méningite. Le 8e cuirassiers n'est atteint que le 18 avril. Dès cette époque jusqu'au 15 juillet suivant, 35 hommes de ce régiment sont frappés ; les quatre premiers malades sont fournis par un seul escadron occupant la caserne nullement encombrée dite le Carré-de-Paille. L'infanterie et la population civile sont épargnées.

Saint-Etienne, 1848. La maladie se manifeste dans la garnison de cette place, le 11 juin 1848, et elle dure jusqu'au 30 octobre suivant. L'effectif de la garnison se composait de 1,100 hommes du 22e léger, tous nouvellement arrivés au corps ; 1,100 hommes du 13e léger, presque tous anciens soldats; 300 hommes du 12e dragons. Le nombre de militaires atteints de méningite a été de 107, celui des morts de 28, répartis ainsi : 22e léger, 100 malades dont 25 décès ; 13e léger, 5 malades dont 2 décès; 12e dragons, 2 malades dont 1 décès. « Il est digne de remarque que les dragons étaient logés dans les combles de l'Hôtel-de-Ville, c'est-à-dire qu'ils étaient les moins bien partagés sous le rapport du casernement. En ville, deux hommes, camarades de lit, sont frappés à deux jours d'intervalle, et meurent. A la caserne Jarre, un homme est transporté à l'hôpital pour un cas foudroyant ; un autre soldat prend son lit, et il est frappé vingt-quatre heures après. Trois cas seulement se manifestent dans la population civile ; une cantinière de la garde nationale, enceinte de trois mois, est frappée subitement pendant qu'elle se rend au marché. »

Metz, 1847, 1848 et 1849. Le 2e d'artillerie, venant de Bourges où règne la maladie, et qui avait perdu un homme en route, est le premier atteint ; elle se manifeste ensuite dans le 13e d'artillerie, qui occupe la même caserne, puis dans une batterie du 5e régiment de la même arme et dans le 7e bataillon de chasseurs à pied, caserné dans le voisinage; la maladie s'étend au 11e léger, qui occupe au fort de la Moselle la caserne dont le rez-de-chaussée constitue une des écuries de l'artillerie. A l'hôpital, trois infirmiers sont frappés, un chirurgien élève est atteint et succombe; il en est de même d'un militaire convalescent d'une autre affection. Les détenus de la prison et du pénitencier militaire, au nombre de près de 400, sont épargnés; la population civile ne fournit qu'un faible contingent de malades, mais on les constate dans les rues voisines des casernes ; sur 9 malades civils, on compte les deux enfants du portier de l'hospice.

Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), 1848. Sur une garnison de 261 hom-

mes du 43e de ligne, 14 hommes sont frappés du 4 au 27 novembre 1848. 10 malades avaient déjà succombé à cette dernière date. Les médecins de la localité, dont l'un âgé de quatre-vingts ans, déclarent n'avoir jamais observé cette maladie antérieurement. Parmi les 14 victimes, le docteur Blouquier signale le nommé Bravat comme ayant passé la nuit du 16 novembre à l'hospice en qualité de planton : il meurt le 19, à midi. Le 21, le nommé Ratien, en traitement à l'hospice pour blessure légère à la jambe, est frappé à son tour, et se trouve, dès le 22, dans un état désespéré ; le nommé Duclos, à l'hospice depuis deux mois et parfaitement guéri, demande et obtient sa sortie; dans la soirée, il est atteint de méningite : dix heures après, il avait cessé de vivre. Les premiers malades venaient de Beaucaire, où la garnison avait beaucoup souffert. Dès le 22 novembre, quelques cas s'étaient manifestés dans la population civile de Saint-Hippolyte, et deux malades avaient succombé.

Lunéville, 1849. Vers la fin de l'année 1848, le 9e régiment de hussards quitte les garnisons d'Arras, de Béthune et de Lille pour se rendre à Lunéville, où il arrive le 27 décembre. Voici en quels termes s'exprime le chirurgien-major de ce régiment, dans un rapport en date du 31 janvier 1849 : « Depuis l'arrivée à Lunéville, il s'est présenté 4 cas de méningite au régiment. Cette affecton est celle que j'avais observée à Lille, il y a peu de mois. »

Dijon, 1848 à 1849. Après avoir perdu 4 hommes de méningite à Châlons-sur-Marne, et 4 autres à Verdun, le 14e de ligne arrive, au commencement de septembre 1848, à Dijon, où la maladie n'existait pas auparavant. Du 6 septembre au 27 novembre, 3 hommes du 14e, atteints de méningite, sont envoyés à l'hôpital de cette ville; dès le 8 décembre, la maladie se manifeste dans le bataillon de dépôt du 68e de ligne, qui envoie coup sur coup 3 hommes à l'hôpital, où tous trois meurent. La maladie continue alors de faire des victimes dans les deux régiments, en épargnant les autres corps de la garnison. Au 9e de dragons, un seul homme est atteint; dans la population civile, le premier cas est signalé le 31 décembre, à l'hospice. Parmi les 5 cas observés en ville, à la date du 2 février, époque du départ du 14e de ligne pour Bourges, on compte l'enfant du portier-consigne de la porte Saint-Nicolas, un enfant habitant l'hôtel de l'Europe, enfin un jeune garçon et sa sœur. Ainsi, sur 5 malades civils, on voit deux cas dans une seule maison, un autre dans une auberge et un quatrième cas dans une maison qui, d'après toutes les probabilités, constitue un corps de garde.

Bourges, 1849. Le 18e de ligne quitte Dijon au mois de février 1849 pour se rendre à Bourges, où il continue de présenter des cas de méningite. A la même époque, le 82e de ligne arrive également à Bourges, venant d'Auxonne, où il ne s'était présenté aucun cas de cette affection, et il ne tarde pas à envoyer à l'hôpital 20 hommes atteints de méningite, dont 18 succombent. Le chirurgien-major du 82e de ligne croit la maladie importée à Bourges par le 18e de ligne, au mois de mars, c'est-à-dire peu de temps après l'arrivée de la 5e division de l'armée des Alpes (18e et 82e de ligne). La méningite atteint le 12e d'artillerie, lequel, dans l'espace de dix-sept jours, compte 25 malades, dont 16 meurent, presque tous dans les deux jours qui suivent immédiatement

l'apparition des premiers symptômes. Trois malades seulement guérissent, et la constitution des autres est si profondément altérée, que leur état ne laisse aucun espoir de guérison, à la date du rapport du chirurgien-major; les 14e et 42e de ligne se rendent vers le mois d'avril 1849 à Paris, où ils présentent encore quelques cas de méningite.

Toulon, 1851. La maladie débute le 5 janvier par un cas grave, sur un jeune soldat de la caserne du Mourillon; le 6, deux nouveaux cas se manifestent dans la même caserne et dans le même bataillon: la maladie atteint l'infanterie de marine le 23 janvier, les matelots le 7 février, la population civile le 4 mars. Le bagne est épargné; sur 54 militaires atteints, 21 sont fournis par la caserne du Mourillon, 12 par celle du Grand-Couvent; une femme qui fréquentait assidûment la caserne et les soldats du Mourillon, est atteinte et meurt. Un infirmier de l'hôpital militaire, attaché à une salle de fiévreux, paie également son tribut à la maladie.

Manifestations de la maladie dans diverses villes de garnison formant groupe. — De 1837 à 1838, la maladie sévit presque exclusivement dans le sud-ouest de la France, elle exerce ses ravages dans un groupe de villes de garnison plus ou moins rapprochées; ces villes sont : Bayonne, Dax, Bordeaux, Rochefort, La Rochelle; de 1838 à 1841; la maladie sévit spécialement dans les villes de garnison du sud-est, et notamment dans celles de la vallée du Rhône. Ainsi, on l'observe à Toulon, Marseille, Aigues-Mortes, Nîmes, Avignon, Pont-Saint-Esprit; de 1839 à 1842 nous la voyons s'appesantir sur le nord-est, et envahir successivement les places de Strasbourg, Schelestadt, Colmar, Nancy, Metz, Givet; de 1839 à 1842, elle sévit à Versailles, Saint-Cloud, Rambouillet, Chartres; en 1841, elle porte ses coups spécialement sur le littoral de la Bretagne, à Brest, Lorient, Nantes, Ancenis. Enfin, de 1840 à 1841, nous la voyons se manifester successivement sur les diverses fractions d'un régiment, disséminées à Laval, le Mans, Château-Gontier, Tours, Poitiers.

Reproduction de la maladie dans divers corps, malgré les changements de garnison. — En examinant les nombreux documents relatifs à l'histoire de la maladie, nous voyons les numéros de certains régiments se reproduire avec une fatalité obstinée sur divers théâtres, malgré la distance souvent considérable qui sépare ces derniers; ainsi, le 4e de ligne est frappé successivement, en 1839 à Versailles, en 1840 à Metz, en 1841 à Blois; le 14e léger est atteint en 1838 à Rochefort, en 1839 à Versailles et à Chartres, en 1841 à Metz; le 7e léger, en 1841 à Nancy, en 1847 à Lyon, en 1848 à Bouchain (Nord); le 8e lanciers, en décembre 1841 à Ancenis, en janvier 1842 à Nantes; le 14e de ligne, en 1839 à Versailles et Saint-Cloud; en 1848 à Verdun et Châlons-sur-Marne, en 1849 à Dijon et Bourges, en 1850 à Paris; le 15e de ligne est frappé en 1836 à Versailles, en 1840 à Laval, Château-Gontier, Poitiers et Tours, en 1841 à Saint-Denis; de 1846 à 1847, à Grenoble, en 1848 à Metz, en 1849 à Paris; le 31e de ligne est atteint en décembre 1845 à Setif et à Batna, en février, 1849 et 1847 à Constantine; le 6e de ligne, en 1840 à Metz, en

1841 à Metz, Toul, Tulle, le Puy ; en 1843 à Bayonne, en 1845 à Bayonne et Saint-Jean-de-Luz, en 1846 à Montpellier, en 1847 à Montpellier et Ajaccio.

Reproduction de la maladie dans quelques villes, malgré le renouvellement des garnisons. — La maladie règne dans la garnison de Bayonne, en 1838, 1839, 1840, 1841, 1843; à Versailles, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843; à Avignon, en 1837, 1840, 1841, 1845, 1846, 1847, 1848.

Dans l'immense majorité des cas, la maladie se manifeste dans une fraction de la population ; tantôt elle y reste confinée, tantôt elle s'étend de proche en proche aux autres élémeuts de la population ; le plus souvent, la maladie débute dans la garnison, et elle épargne quelquefois complétement la population civile (Marseille 1841). Dans d'autres circonstances, elle débute par la population civile, et elle épargne plus ou moins complétement la garnison (Rochefort, Aigues-Mortes). Elle se localise dans certains quartiers, elle frappe dans les villes de garnison, avec une prédilection prononcée certaines casernes, et dans celles-ci, certaines chambres ; ici, elle débute dans une prison, et elle épargne la garnison (bagne de Rochefort, 1839, et prison de la Force, à Paris, en 1849) : là, au contaire, elle exerce ses ravages dans la garnison et dans une partie de la population civile, et elle épargne les prisons (prison et pénitencier de Metz en 1849, prison de Haguenau en 1841 : bagne de Toulon en 1858). A Rochefort, elle exerce ses ravages au bagne, plus tard elle frappe quelques habitants, mais elle n'atteint que deux militaires. A Lille, 1848, sur 20 malades, 9 appartiennent au 57e, 4 au 74e, 1 au 9e de hussards, à Lyon, 1842 ; la maladie sévit exclusivement dans un bataillon du 12e léger, à Metz, 1848 ; sur 96 malades, 26 appartiennent au 11e léger, 18 au 1er du génie, 15 au 7e de chasseurs à pied. Sur un effectif de 1,105 hommes, le 2e léger ne fournit que 3 malades ; enfin, tandis que 131 infirmiers militaires donnent 3 malades, 387 détenus de la prison et du pénitencier militaires n'en fournissent aucun ; à Marseille, le 62e de ligne, occupant les casernes du nord, fait tous les frais de l'épidémie, d'ailleurs importée par lui ; le 20e léger, caserné dans la partie sud de la ville, est entièrement épargné (1841 à 1842).

Symptômes.

Invasion ordinairement brusque, quelquefois au milieu de la nuit, pendant le sommeil, pendant le repas ; frisson, céphalalgie fronto-occipitale, renversement de la tête en arrière, trismus, rachialgie, vomissement de matière verte, expulsion d'ascarides par la bouche ou par le rectum, constipation, délire ou état comateux, cris aigus, exacerbations nocturnes, décubitus dorsal ou décubitus latéral, et en z ; douleurs dans les membres inférieurs ; quelquefois herpès labialis, pétéchies, taches gangréneuses, parotides, et odeur spéciale ; pouls normal ou ralenti, marche souvent très-rapide, tendance prononcée avec perte de l'ouïe, de la vue, ou avec paralysie ; telle est, en résumé, l'image symptomatologique de la maladie. L'invasion est tantôt foudroyante, tantôt précédée de pro-

drômes ; à Strasbourg, sur 94 malades, 45 ont offert des phénomènes précurseurs ; à Paris, on signale 12 cas à invasion foudroyante sur 57 malades. Dans le cas d'invasion brusque, les individus sont frappés pendant leur repas, dans la rue, pendant une faction ; à Strasbourg, à Avignon, à Aigues-Mortes, des malades ont été atteints pendant le sommeil, au milieu de la nuit. Les prodromes peuvent se prolonger au delà de huit jours ; ils consistent dans les symptômes suivants : céphalalgie, vertiges, nausées, vomissements. Sur 49 cas à invasion subite, M. Tourdes a trouvé 28 cas mortels, ou 57 sur 100 ; sur 45 cas avec prodrômes, 23 seulement ont eu une issue funeste, ou 51 sur 100. Sous le rapport de la durée des prodromes, les cas où ces derniers n'ont pas dépassé un jour ont donné 66 décès sur 100 ; tous les autres n'ont fourni que 46 décès sur 100.

Appareil cérébro-spinal. — De tous les symptômes, la céphalalgie est le plus constant ; variable à l'infini de siége, de nature et d'intensité, tantôt elle occupe la nuque, tantôt la région pariétale, tantôt enfin la totalité de la tête. Chez la majorité des malades, il y a délire, quelquefois hallucinations ; souvent l'intelligence reste normale jusqu'à la mort ; elle tend cependant à se troubler sous l'influence des paroxymes nocturnes. Dans d'autres cas, le délire est tel, que les individus n'ont, après leur guérison, aucun souvenir de ce qui s'est passé. Le docteur Blouquier a constaté la chute des cheveux dès le premier jour de la maladie. Le coma peut ouvrir la scène ou succéder au délire ; dans quelques cas exceptionnels, c'est le délire qui succède au coma. La rachialgie constitue un phénomène fréquent moins constant toutefois que la céphalalgie : elle manque dans la variété purement cérébrale. Elle siége le plus fréquemment à la région cervicale, quelquefois dans la région lombaire et sacrée, moins souvent dans la région dorsale. On rencontre, dans un certain nombre de cas, renversement de la tête en arrière, trismus, difficulté dans la déglutition, opisthotonos, pleurothotonos, secousses convulsives, crampes. Les douleurs des membres existent dans le quart, quelquefois dans le tiers des cas ; elles siégent surtout dans les membres inférieurs, quelquefois les articulations sont douloureuses, tuméfiées ; la sensibilité cutanée est souvent accrue au plus haut degré. Dans quelques cas rares, il y a paralysie des membres.

Fonctions digestives. — Nausées, vomissement de matière verte, absence de soif, langue normale au début, constipation, tels sont les phénomènes les plus ordinaires.

Circulation. — Le pouls s'est présenté à l'auteur, normal, ralenti, rarement accéléré. A Strasbourg, sur 45 malades, il a présenté 31 fois au-delà de 90 pulsations par minute, 34 fois un nombre inférieur, 10 cas de 80 à 90 pulsations, 14 de 60 à 80, 14 au-dessous de 60. Ainsi, chez la moitié des malades, il y a eu accélération du pouls ; les ralentissements les plus marqués ont été : pour M. Forget, de 59 pulsations ; pour M. Tourdes, de 48 ; pour M. Lagrave, de 45 ; pour M. Lévy, de 42 ; pour M. Grellois, de 47 ; pour l'auteur, de 35.

Anatomie pathologique. — Plusieurs traits nous semblent dominer la

question anatomo-pathologique de la maladie que nous étudions. Ce sont ; 1° l'absence possible de toute lésion anatomique appréciable ; 2° la dissémination des lésions sur l'ensemble du système séreux ; 3° la rencontre des lésions anatomiques là où aucun signe ne les avait fait soupçonner pendant la vie ; 4° enfin, la tendance de la maladie à produire. Sous ces divers rapports, cette affection offre une analogie incontestable avec la fièvre puerpérale. Tel est le caractère négatif de certaines nécropsies que M. Forget se demande, « Serait-ce que l'état congestionnel de l'encéphale se serait dissipé en grande partie après la mort ? Quoi qu'il en soit, force nous est d'accepter les faits, quel que soit leur caractère exceptionnel et rebelle à la théorie. » M. Tourdes est plus explicite : « Dans trois cas où la mort a eu lieu quinze, vingt-quatre et trente-six heures après l'invasion, je n'ai découvert, dit ce médecin, aucune trace d'exsudation purulente, bien que l'observation pendant la vie n'eût laissé aucun doute sur la nature de l'affection , une seule fois la première était vivement injectée. On remarquait chez les trois sujets une grande sécheresse des membranes. Comme dans beaucoup d'autres épidémies, les malades pouvaient succomber avant le développement des lésions appréciables.

Traitement.

L'auteur passe rapidement en revue les divers traitements employés, et en démontre la complète impuissance. Il résume de la manière suivante l'emploi de l'opium à haute dose, qui lui semble avoir les meilleurs résultats. Opposer une diathèse médicinale à la diathèse morbide, c'est-à-dire créer le plus promptement possible dans l'organisme un état général incompatible avec la production de l'ensemble symptomatologique qui caractérise la diathèse cérébro-spinale, telle est la pensée médicale qui préside au plan thérapeutique de l'auteur. « Nous avons, dit-il, l'habitude de proportionner la dose de l'opium initiale à l'intensité des phénomènes cérébro-spinaux ; ainsi, plus le délire, les convulsions, les contractures, le coma, le tétanos, la douleur sont prononcés, plus la tolérance pour l'opium existe à un degré élevé, et plus aussi il nous paraît impérieusement indiqué d'agir vigoureusement. Dans le principe, nous débutions par un ou deux décigrammes ; l'expérience nous ayant enhardi, nous avons donné à plusieurs fois, en présence de nombreux témoins, cinquante centigrammes, et même un grain d'opium en une seule reprise, sans avoir jamais à nous en repentir. Après cette dose initiale administrée conformément aux règles qui précèdent, nous donnons cinq à dix centigrammes d'opium toutes les demi-heures ; un mieux prononcé vient-il à se manifester, ou survient-il un peu de somnolence, on ralentit ou l'on suspend l'administration de l'opium ; on recommence selon les mêmes règles si le mieux faiblit, ou si, au sortir du sommeil, les phénomènes morbides reparaissent. Nous avons vu des malades entrer franchement en convalescence au sortir même de ce sommeil d'opium. Cette observation rappelle l'axiome d'Asclépiade : *Sub hoc enim somno plerique sanescunt ;* dans d'autres circonstances, le mieux se prononce sans sommeil médecinal préalable ; chez plusieurs malades nous n'avons jamais

pu le produire. Autre observation confirmative de la doctrine antique : *Somnus difficilis*. Dès que le mieux réel se manifeste, la tolérance baisse, et nous avons constaté itérativement le fait curieux d'individus dorman, dès leur entrée en convalescence sous l'influence d'un seul grain d'opium, alors que des doses considérables, administrées la veille ou l'avant-veille, s'étaient montrées impuissantes à provoquer le plus léger sommeil. Cette tendance des convalescents à dormir sous l'influence d'une simple pilule d'opium, fait naître chez quelques-uns une certaine répugnance pour la continuation du médicament, répugnance contre laquelle le médecin doit se tenir en garde. Nous avons eu lieu d'attribuer une récidive complétement inattendue, survenue chez un homme en pleine convalescence, à ce que l'opium, prescrit à titre préventif, n'avait pas été pris, malgré l'ordre très-précis donné au chirurgien de service d'en surveiller l'ingestion. L'opium, dans le traitement de la méningite cérébro-spinale, ne nous a point paru augmenter la constipation ; nous avons même vu des malades, qui prenaient au delà de trois grammes d'opium par jour, présenter, sans le secours des lavements, des garde-robes presque naturelles, tant il est vrai que la diathèse et l'idiosyncrasie modifient parfois l'action normale des médicaments. L'exemple le plus curieux de l'influence exercée sur l'opium par une disposition spéciale de l'organisme est, sans contredit, celui que rapporte le célèbre anatomiste Falopia dans le passage suivant : « Princeps jubet ut nobis dent hominem quem nostro modo interficiamus et illum anatomizemus. Cui exhibui drachmas duas opii ; sed adveniens paroxysmus (nam hic patiebatur quartana) prohibuit opii actionem. Hic gloriabundus rogavit ut bis adhuc adhiberemus, quod, si non moriretur ut procuraremus pro ejus salute apud principem... Rursus illi exhibuimus, intra paroxysmum, duas drachmas opii, et mortuus est. »

MÉNINGITE GRANULEUSE. — Étude sur le traitement de la méningite granuleuse, par M. *Bazin*, médecin-major au 72e de ligne, t. XIX, p. 160 et suiv.

La méningite granuleuse ne doit pas être regardée comme étant au-dessus des ressources de l'art ; il ne faut pas non plus se laisser aller, à son occasion, au découragement auquel ont cédé, même dans des hôpitaux destinés aux enfants, des médecins distingués. M. Golfin, de Montpellier, croit à la curabilité de la méningite granuleuse, et s'est montré l'ardent défenseur d'une idée à laquelle, en 1858, M. Liégard a voulu consacrer une thèse où sont rappelés les travaux de MM. Billet et Hahn, d'Aix-la-Chapelle, sur le même sujet. Ce qui doit donner quelque confiance à la thérapeutique, c'est que, dans l'état actuel de la science, on ne peut diagnostiquer à coup sûr une méningite franche d'une méningite tuberculeuse. Des erreurs ont été commises dans les salles même où ces maladies se présentent en très-grand nombre. Enfin les recherches microscopiques de M. Charles Robin tendent à faire penser que certains auteurs ont eu raison en se refusant à considérer les granulations que l'on rencontre dans certaines méningites comme étant de nature tuberculeuse.

Faute de moyens qui les différencient, on doit donc, au point de vue du traitement, ne faire qu'un groupe des méningites. Parmi les moyens qu'on peut leur opposer avec avantage, l'auteur s'arrête à l'appréciation de la valeur des onctions mercurielles qu'il regarde comme spécifiques. C'est, en effet, au mercure administré quelquefois à l'intérieur, mais surtout à l'extérieur, qu'il croit devoir les guérisons des malades dont il donne les observations à la fin de son mémoire. Le nombre et l'intensité des frictions, calculés sur la marche des symptômes, n'ont jamais produit la salivation. Suivant les indications à peu près semblables de MM. Liégard et Golfin, la dose de la formule était de 2 à 8 grammes, en frictions répétées toutes les trois ou quatre heures; elles étaient faites sur les parties latérales du cou, aux aisselles, aux aines, aux jarrets.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'auteur a employé les frictions stibiées sur le cuir chevelu.

Observations. — La première, prise en Algérie, est celle d'un enfant de trois ans : accidents graves, incertitude du diagnostic au début; on craint, comme complication, une fièvre intermittente immédiate; frictions mercurielles, fcictions stibiées; amélioration et guérison rapides. — La deuxième est fournie par M. Heitz, médecin-major, qui par hasard a donné ses soins à l'enfant qui en est l'objet, et qui avait été laissé comme perdu, disait la mère, par un autre médecin. Deux ans et demi : le calomel est ordonné au début sans avantage immédiat; frictions mercurielles, amélioration rapide. Plus tard des accidents intermittents se déclarent; ils sont enrayés par le sulfate de quinine; plus tard encore survient une dyssenterie, qui enlève l'enfant après cinq semaines de durée. L'autopsie montra des granulations au niveau de la scissure de Sylvius, au-dessous de l'arachnoïde. C'était donc bien une méningite granuleuse que l'on avait traitée avec succès, puisque les accidents cérébraux avaient disparu longtemps avant la mort. — La troisième, prise à Bordeaux, est celle d'une fille de deux ans; frictions mercurielles, guérison. — Quatrième, recueillie à Provins. Enfant de trois ans et demi : au début, emploi du calomel à l'intérieur; purgatifs, vésicatoires. Les parents s'opposent à ce que l'on fasse usage des frictions mercurielles, même des frictions stibiées; mort. — La cinquième observation a été prise à Joigny. Elle concerne un enfant de quatre ans. Comme dans le cas précédent, les parents de l'enfant ont mis obstacle à l'emploi des frictions mercurielles; ils ont cédé sans doute trop tard : mort.

MÉNINGITE. — Observation de méningite syphilitique, recueillie à l'hôpital de Civita-Vecchia, par M. V. *Jeannoel*, médecin-major, t. XVIII, p. 237.

Cette observation a le mérite de décrire une affection très-rare : la méningite syphilitique, dont la science ne possède qu'un très-petit nombre de cas, et de prouver l'efficacité du traitement proposé par M. Réeve, dans son travail intitulé *Méningite syphilitique*, pour combattre cette maladie, traitement qui consiste à raser préalablement la tête, à couvrir

d'un large vésicatoire tout le cuir chevelu, et à enduire d'une couche épaisse d'onguent mercuriel la surface dénudée.

MÉRY, *médecin principal* (1). — Observations de plaies par armes à feu recueillies dans son service aux hôpitaux de Constantinople, t. XVI, p. 379.

MESTRE AINÉ, *chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Orléansville* (2). — Observations d'éléphantiasis du scrotum, traité, opéré et guéri, t. VIII, p. 247.

MÉTACARPIENS. — Nouveau procédé pour l'amputation des métacarpiens dans leur contiguïté avec les os du carpe, précédé de quelques considérations anatomiques sur l'articulation carpo-métacarpienne, par M. *Roudil*, médecin aide-major de 1re classe à l'infirmerie de l'Hôtel des Invalides, t. XVI, p. 395. — *Voy.* AMPUTATION.

MÉTALLIQUES (SELS). — Note sur une nouvelle méthode d'analyse de ces sels, par M. *Roucher*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. V, p. 296.

MÉTAMORPHOSES du Trachys pygmæa, insecte de la famille des Buprestides, par M. *Leprieur*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XIX, p. 317.

MIALHES, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Milianah* (3). — Accidents graves attribués à un empoisonnement par la liqueur de Villatte, t. IV, p. 179. — Observation sur trois cas de tænia recueillis à l'hôpital militaire de Cherchell, *ib.*, p. 212.

---

(1) Médecin principal de 1re classe, en chef de l'hôpital militaire de Metz.

(2) Admis à la retraite.

(3) Admis à la retraite.

MILIANAH. — Compte-rendu du service chirurgical de l'hôpital de Milianah depuis le deuxième trimestre 1849, par M. *Villamur*, chirurgien-major de 1re classe au 6e escadron du train des parcs d'artillerie, ex-chirurgien en chef de cet hôpital, t. X, p. 200. — *Voy*. CHIRURGIE.

MILTENBERGER, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Mustapha* (1). — Observation d'un cas de pellagre, t. VI, p. 28.

MINES MÉTALLIFÈRES DE GAR-ROUBAN. — *Voy*. GAR-ROUBAN.

MIOT, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Thionville* (2). — Observation d'une vomique guérie par l'opération de l'empyème, t. VI, p. 4.

MIREAU, *chirurgien aide-major au* 12e *régiment de ligne* (3). — Observation d'une opération d'empyème pratiquée pour un hydrothorax survenu à la suite d'une pleuro-pneumonie, t. VI, p. 9.

MOIZIN, *médecin inspecteur* (4). — Discours prononcé par lui aux obsèques de M. le baron Pasquier, t. II, p. 371. — Notice nécrologique sur M. Moizin, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. V, p. 334.

MOLINARD, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bayonne* (5). — Observation de pleurésie suivie d'épanchement purulent ; empyème ; mort du sujet, t. VI, p. 19.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) Admis à la retraite.
(3) A quitté le service de santé militaire.
(4) Mort regretté de tous.
(5) Admis à la retraite.

MOLINIER, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Perpignan* (1). — Observation sur l'extraction d'un fragment de lame de couteau ayant séjourné pendant quatre ans dans les fosses nasales, à la suite d'un coup reçu dans une rixe; recueillie à l'hôpital militaire de Perpignan, t. XIV, p. 291.

MONSEL (Léon), *pharmacien aide-major de 2e classe* (2). — Recherches analytiques sur l'eau acidulo-saline gazeuse de Rome (acqua acetosa), t. XIV, p. 372. — Propriété hémostatique du sulfate de peroxyde de fer, t. XVIII, p. 424.

MORELLE, *aide-major à l'hôpital militaire de Tenès* (3). — Observation de rage, t. XVII, p. 171.

MORGUE, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Bône* (4). — Extrait du rapport de cet hôpital pour le premier trimestre 1851, t. XVI, p. 379. — Observations de plaies par armes à feu recueillies dans son service dans les hôpitaux de Constantinople, t. XXI, p. 379.

MORVE. — Observations d'abcès multiples, affections farcino-morveuses, par M. *Cabasse*, médecin aide-major de 1re classe à l'Ecole militaire de Saint-Cyr, t. XVIII, p. 273 à 279.

Cette observation peut se résumer dans les propositions suivantes :
1° La morve s'est déclarée par inoculation du cheval à l'homme.
2° La morve chronique du cheval a déterminé une morve aiguë chez l'homme.
3° La contagion a eu lieu après la mort de l'animal morveux, c'est-à-dire que la morve peut être contractée sur le cadavre de l'animal qui a succombé à cette affection.

---

(1) Médecin aide-major de 1re classe.
(2) Pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital de Strasbourg.
(3) Médecin-major de 2e classe au 8e de ligne.
(4) Admis à la retraite.

4o La maladie s'est manifestée d'abord par des phénomènes locaux.

5° Ces symptômes locaux se sont montrés au bout de trois jours c'est-à-dire que l'incubation n'a duré que trois jours.

6° Les symptômes généraux caractéristiques ont commencé du dixièm au quinzième jour de la contagion.

7° La mort est arrivée à la fin de la troisième semaine.

8° Les premiers phénomènes généraux ont été des douleurs dans le membre malade, et, quelques jours après, dans le membre du côté opposé.

9° La peau et le tissu cellulaire ont été principalement le siége de la lésion.

10° La face et les membres ont exclusivement été le siége des tumeurs phlegmoneuses.

11° Les tumeurs se sont montrées dans la semaine qui a précédé la mort.

12° Les pustules ont été de plus en plus discrètes, à mesure qu'elles occupaient des régions plus éloignées de la face.

13° Les vésicules, les bulles et les pustules ont paru en même temps.

14° Le jetage nasal a existé à un degré très-intense, et ne s'est montré que pendant le dernier septenaire.

15° Le délire a éclaté avec la généralisation des symptômes; il a consisté d'abord dans l'embarras et la lenteur des réponses. Plus tard, dans un délire tranquille, d'abord nocturne, puis diurne; d'abord intermittent, puis continu, surtout pendant les trois derniers jours de la vie. La privation de sommeil était le phénomène le plus pénible et le plus fatigant pour le malade.

L'autopsie a constaté les résultats suivants :

1° La putréfaction ne s'est pas montrée plus vite qu'à la suite de tout autre maladie. 2° Les lésions des fosses nasales sont bien celles que l'on trouve chez le cheval morveux. 3° Ces lésions ont existé des deux côtés. 4° Elles étaient plus marquées sur la cloison et sur les cornets; elles n'existaient pas sur le plancher des fosses nasales. 5° Les poumons ont offert des altérations analogues à celles que l'on rencontre à la suite de l'infection purulente. 6° Le système veineux a paru sain. 7° Il en est de même des ganglions et des vaisseaux lymphatiques autres que ceux de l'avant-bras, siége de l'affection primitive. 8° Le canal alimentaire n'a rien présenté de particulier. 9° Les articulations ont été trouvées saines.

MORVE. — Observation de farcin chronique compliqué de morve aiguë, recueillie par M. *Bréant*, médecin-major au 12e régiment de chasseurs, t. XVIII, p. 279.— Observation de morve aiguë recueillie à l'hôpital militaire de Lille, par M. *Lacronique*, médecin-major de 2e classe attaché audit hôpital, *ib.*, p. 289. — De la morve et du farcin communiqués par infection médiate ou immédiate du cheval à l'homme de guerre, et des

moyens pratiques propres à en diminuer la fréquence dans l'armée, par M. *Bernier*, médecin-major au 8e régiment de dragons, t. XIX, p. 1. — Observation de morve farcineuse chronique communiquée par infection, par M. *Jules Dubois*, médecin à l'hôpital militaire d'Abbeville, *ib.*, p. 18.

MOUCHET, *médecin adjoint à l'hôpital militaire de Bône* (1). — Observation de rage, t. XVII, p. 169.

MOUNIER, *professeur d'anatomie au Val-de-Grâce* (2). — Discours sur l'influence exercée par les officiers de santé de l'armée sur les progrès de la chirurgie, prononcé par lui le jour de la distribution des prix au Val-de-Grâce, le 22 octobre 1849, t. V, p. 300.

MURVILLE, *chirurgien principal en chef de l'hôpital militaire d'instruction de Lille* (3). — Fracture de l'omoplate et plaies contuses à la tête, observation recueillie dans son service, t. II, p. 289. — Observation d'arthrite hypercrinique suite d'entérite folliculeuse, t. XI, p. 92.

MUTEL, *médecin aide-major de 2e classe au 40e régiment de ligne* (4). — Notice topographique sur Tébessa, t. XX, p. 362.

---

(1) Médecin-major de 1re classe en non-activité pour infirmités temporaires.
(2) Médecin principal de 1re classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires
(3) Décédé.
(4) Médecin major de 1re classe au 101e de ligne, en Chine.

N

NANCY (département de la Meurthe). — Notice sur le choléra qui a régné dans cette ville pendant le mois d'octobre 1855, par M. *Chatelain*, médecin en chef de l'hôpital militaire, t. XVIII, p. 213.

NUZILLAT (1). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

NÉCROLOGIE. — Discours prononcé aux obsèques de M. le baron Pasquier, par M. *Moizin*, médecin inspecteur, le 8 février 1847, t. II, p. 370. — Discours prononcés aux obsèques de Casimir Broussais, par M. *Alquié*, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital militaire de perfectionnement, et par M. *Marchal de Calvi*, professeur d'anatomie pathologique au Val-de-Grâce, t. III, p. 364 et 371. — Notice sur M. Gasté, *ib.*, p. 393. — Discours prononcé par M. *Malle*, chirurgien-major, sur la tombe de M. Gasté, médecin en chef de l'armée d'Orient, *ib.*, p. 395. — Discours prononcé par M. *Bégin*, chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, aux obsèques de M. Gasc, ancien médecin inspecteur, t. IV, p. 341. — Notice nécrologique sur M. Moizin, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé en retraite, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. V, p. 334. — Discours prononcés le jour de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de J.-D. Larrey, par MM. *Bégin*, chirurgien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, au nom du Conseil de

(1) Médecin-major de 2e classe au 22e de ligne.

santé, ***Baudens***, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, au nom du Val-de-Grâce, ***Dupin***, au nom de l'Institut, et ***Willaume***, chirurgien principal en retraite, t. VI, p. 321, 323, 333, 336 et 347. — Notice nécrologique sur M. Zinck, chirurgien principal en retraite, par M. ***Finot***, médecin ordinaire de 1re classe, t. VIII, p. 337. — Discours prononcés par MM. ***Maillot*** et ***Scrive***, médecins inspecteurs, le jour des obsèques de M. Baudens, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. XXI, p. 449, 453. — Discours de M. ***Riboulet,*** secrétaire du Conseil de santé des armées, aux obsèques de M. Ch. Delmas, médecin-major de 1re classe, secrétaire-adjoint du Conseil de santé, t. XXII, p. 440.

NEGRIN, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rennes* (1). — Observation d'extraction d'un corps étranger de l'articulation fémoro-tibiale gauche, t. VI, p. 269.

NETTER, *médecin-major de* 2e *classe* (2). — Note sur la fièvre typhoïde en Algérie, t. XVI, p. 150.

NITROSULFURES DOUBLES. — Recherches sur les nitrosulfures doubles (nouvelle classe de sels), par M. ***Roussin***, pharmacien aide-major de 1re classe à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XXII, p. 419.

Tous les chimistes savent que dans les prussiates ou cyanures doubles de fer, la molécule du fer est soustraite aux affinités ordinaires et que ses propriétés métalliques et salines disparaissent. — M. Roussin a découvert une série de sels doubles où les propriétés du fer disparaissent de même, et il croit devoir admettre que le mode de groupement doit jouer dans ces circonstances un rôle important.

Si on mêle deux solutions, l'une d'un sulf-hydrate alcalin ou ammoniacal, l'autre d'azotite de potasse, et qu'on y verse ensuite goutte à

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Strasbourg.

goutte et en agitant sans cesse une solution de perchlorure et de persulfate de fer, il se forme un précipité volumineux qu'il est possible de dissoudre en entier en portant le mélange à la température de l'ébullition. La solution filtrée chaude laisse déposer une grande quantité de cristaux noirs aiguillés ou arénacés; la liqueur surnageante ne conserve plus qu'une teinte jaunâtre, et il reste sur le filtre un abondant dépôt de soufre.

Les cristaux sont solubles dans l'eau, l'alcool, l'esprit de bois, l'acide acétique, l'alcool amylique — et presque en toute proportion dans l'écher. — Ils sont insolubles d'une manière absolue dans le sulfure de ratbone et le chloroforme, — leur pouvoir colorant est très-considérable.

L'analyse de ces cristaux conduit à la formule brute : — $Fe^3 S^3 H^3 (Azo^2)^2$ que l'on peut exprimer d'une manière plus rationnelle par $Fe^2 S^3 Azo^2 + Fe\ S\ Azo^2 + S\ H$, cette formule correspondrait alors à celle de l'oxyde magnétique hydraté, à celle du bleu de Prusse, etc.

Les expériences auxquelles s'est livré M. Roussin lui permettent de poser les conclusions suivantes :

1o Il existe une nouvelle classe de sels qu'on peut nommer nitro-sulfures doubles, et que l'on peut envisager d'une façon générale comme une combinaison de sulfures simples avec une molécule indivisible représentée par du fer, du soufre et du bi-oxyde d'azote.

2o Dans cette classe nouvelle de sels, la molécule de fer est latente comme dans les cyanures doubles de fer; le soufre et le bi-oxyde d'azote y jouant le même rôle que le cyanogène.

3o Ces sels sont susceptibles de double échange.

4o Ils ne diffèrent des nitro-prussiates que par la substitution du soufre au cyanogène.

5o Le passage des nitro-prussiates aux nitro-sulfures, et réciproquement, peut s'opérer par double échange.

NITROSULFURES DOUBLES DE FER. — Emploi de ces nouveaux sels pour constater la pureté du chloroforme, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, t. XXII, p. 428.

Tout ce qui a trait à la pureté des médicaments ne peut être d'un faible intérêt pour le médecin, et le chloroforme est dans ce cas.

La préparation de ce corps est abandonnée maintenant aux fabriques de produits chimiques, et il arrive souvent que sa pureté laisse à désirer. Il peut renfermer de l'alcool ou de l'esprit de bois provenant, soit d'un lavage incomplet, soit d'une addition frauduleuse : il peut aussi renfermer de l'éther toujours ajouté frauduleusement.

Les moyens préconisés pour reconnaître la pureté de ce corps, tels que : l'addition de l'eau, l'emploi d'un mélange d'eau et d'acide sulfurique d'une densité telle que le chloroforme seul puisse tomber au fond, l'addition d'une petite quantité d'acide chromique, qui se réduirait au

contact de l'alcool, de l'éther ou de l'esprit de bois, n'offrent pas une grande certitude. Il n'en est pas de même des nitro-sulfures doubles de fer qui, absolument insolubles dans le chloroforme pur, se dissolvent très-facilement dans tous les autres véhicules que le premier pourrait renfermer et leur communiquent une coloration intense.

L'essai est facile à faire. — On prend un tube fermé, on y introduit le chloroforme à essayer, puis quelques centigrammes de nitro-sulfure, on agite et on laisse déposer un instant. Le chloroforme pur reste limpide comme l'eau distillée ; mais, pour peu qu'il renferme un millième seulement de matières étrangères, il prend une teinte ambrée qui se fonce d'autant plus que la proportion de ces matières est plus considérable.

NOTICE MEDICO-CHIRURGICALE sur l'armée d'Orient, par M. *Quesnoy*, médecin-major au 4e régiment de voltigeurs de la garde, t. XX, p. 241, et t. XXI, p. 193. — *Voy*. ORIENT (Armée d').

O

ŒNANTHE CROCATA. — Note sur un cas d'empoisonnement par cette plante, par M. *Bertrand*, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de ligne, t. V, p. 116.

OFFICIERS DE SANTÉ. — Discours prononcé par M. *Mounier*, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecin et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, sur l'influence des officiers de santé sur les progrès de la chirurgie, t. V, p. 300.

OLLAGNIER, *chirurgien-major au* 14e *régiment d'infanterie de ligne* (1). — Note sur un kyste développé entre la tunique albuginée et le testicule, t. I, p. 330.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

Voyez Kyste. — Ligature de l'artère fémorale pratiquée avec succès sur un ancien militaire âgé de soixante-douze ans, t. XIV, p. 353.

OMOPLATE. — Fracture de l'acromion, formation et extraction de séquestres, observation recueillie par M. *E. Marquet*, chirurgien sous-aide-major, t. II, p. 289. — Fracture de l'omoplate et plaies contuses de la tête, observation recueillie par M. *Spilleux*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, *ib.*, p. 294. — Fracture directe de l'acromion, observation recueillie par M. *Coug*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Milianah, *ib.*, p. 303. — Fracture en étoile de l'omoplate dans la fosse sous-épineuse, observation recueillie par M. *Girard*, chirurgien aide-major à l'Hôtel des Invalides, *ib.*, p. 306. — *Voy.* Fractures.

OPHTHALMIE MILITAIRE. — Rapport adressé au ministre de la guerre sur les faits recueillis au congrès ophthalmologique de Bruxelles sur l'ophthalmie militaire, par MM. *Laveran* et *Lustreman*, médecins principaux de 1re classe, professeurs à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XX, p. 14.

Au commencement de ce siècle, on vit se développer successivement dans l'armée anglaise, dans les régiments italiens, dans les armées prussienne, autrichienne, russe, et enfin dans l'armée belge, une ophthalmie très-grave, se propageant avec une désespérante facilité. Avait-elle été rapportée d'Égypte par nos troupes et celles d'Angleterre, qui y avaient en effet rencontré ce redoutable ennemi dans l'expédition de 1798? Cette opinion fut soutenue, notamment par les médecins anglais, malgré les faits contradictoires qui s'élevaient déjà contre elle, et qui servirent de base à une opinion opposée. L'armée anglaise, pendant son séjour en Égypte, avait subi, comme l'armée française, une épidémie d'ophthalmie purulente. En 1801, la même affection éclata à Malte, dans le 6e régiment de ligne; en 1802, le 52e et le 56e en furent atteints à Gibraltar. En même temps les militaires revenus d'Égypte présentaient en Angleterre des cas nombreux de la même maladie, et, soit qu'elle s'étendît par contagion ou non, on la vit sortir du cercle de l'armée. En 1804, elle débuta au mois d'avril dans le *Military Asylum* à

Chelsea, et suivit une marche toujours croissante jusqu'au mois d'août, pendant lequel le chiffre des enfants atteints s'éleva à 90. L'épidémie décrut dans les derniers mois de l'année ; à la fin de décembre, elle avait frappé 392 enfants ; quelques personnes employées auprès des malades. En 1805, 1806, 1807, elle ne se manifesta que par des cas peu nombreux, et seulement dans l'été et l'automne ; mais, au mois de juin 1805, la température étant très-élevée, elle se reproduisit avec une nouvelle violence. Suspendue pendant l'hiver, l'ophthalmie reparut au mois d'avril 1809 ; en novembre, on comptait 240 enfants à l'infirmerie. La même marche fut observée en 1810 : mais ses progrès furent ralentis par la précaution prise de placer les ophthalmiques dans un local tout à fait séparé de l'asile. Sur plus de 1,200 enfants qui en furent atteints, 6 devinrent complétement aveugles et 12 perdirent un œil. Des ophthalmies, qui paraissent en tout semblables, s'étaient, au reste, manifestées avant la campagne d'Égypte. En 1778, on observa une épidémie qui attaqua tout le voisinage de Newberg dans le Berkshire ; pendant la même année, elle régna dans plusieurs camps anglais. Cependant l'ophthalmie continuait à sévir dans l'armée avec une fréquence et une intensité telles, que, en 1840, 2,317 militaires étaient frappés de cécité absolue ; un plus grand nombre avaient perdu un œil. Dans le 5e régiment, qui n'avait pas plus de 700 hommes, on envoya à l'hôpital 636 cas d'ophthalmie, entre août 1805 et août 1306. Sur ce nombre, 50 furent renvoyés après avoir perdu la vue des deux yeux, et 40 d'un seul œil.

En 1815, l'armée anglaise subit une nouvelle épidémie pendant la campagne de France. Aujourd'hui, elle ne présente plus que de rares exemples d'ophthalmie militaire ; de sages mesures hygiéniques sont parvenues à limiter son action, sans cependant réussir à l'éteindre entièrement. On peut juger, par l'exemple suivant, des ravages qu'elle fait encore dans la population civile. Dans l'espace de cinq années, de janvier 1848 à décembre 1853, il y a eu dans les *work-houses* d'Irlande 134,838 cas d'ophthalmie épidémique.

Armée italienne. — Les régiments qui tenaient garnison à l'île d'Elbe, à Gênes et en Sicile, furent atteints presque en même temps que les troupes anglaises ; comme ils avaient eu des rapports, soit avec nos soldats revenus d'Égypte, soit avec nos prisonniers, la croyance en l'importation parut trouver dans ce fait une nouvelle confirmation. En 1808, 600 hommes du 1er régiment italien, fort d'environ 1,700 hommes furent affectés à Vienne d'une ophthalmie épidémique, qui épargna complétement la population civile. Des faits analogues se reproduisent à Padoue, Parme, Reggio, Mantoue, Vérone, et pendant les années suivantes, dans les troupes italiennes qui se trouvaient en Hongrie. En 1812, une épidémie semblable se développa à Ancône parmi les militaires de la 5e division.

Le major Ferri attribuait la maladie aux rapports que ses soldats avaient eus à l'île d'Elbe avec les prisonniers du 6e de ligne français, qui y abordèrent après la capitulation d'Alexandrie. En 1822 et 1823, le 13e de ligne eut son tour : le général de Wimpfen attribuait la maladie à

une influence endémique qui se manifeste, en effet, très-fréquemment en Italie, de même qu'en Carinthie, en Servie et en Illyrie. De nos jours, après les mouvements politiques de 1848, Florence fut le théâtre d'une épidémie qui se montra dans la garnison autrichienne jusqu'en 1850.

L'ophthalmie des armées a régné dans les casernes de Milan à différentes reprises, et les médecins sardes affirment qu'elle sévit encore sur les troupes de leur pays dans la proportion approximative de 18 sur 100 malades.

Armée prussienne. — L'armée prussienne est, après l'armée belge, celle qui a fourni le plus de victimes à l'ophthalmie. Atteinte dès 1813, elle porta avec elle la maladie à Leipzig, en France, en Belgique, et remplit de ses malades les grands hôpitaux d'Allemagne. Nulle part l'épidémie ne présenta plus d'activité que sur les troupes casernées dans les environs de Mayence pendant le blocus des Français dans cette place en 1813. En 1849, la garnison de la même ville était composée de 6,000 hommes environ, savoir : 3,000 Autrichiens et 3,000 Prussiens formant le 30e et le 34e régiments, chacun de trois bataillons; au mois de juin, l'épidémie se manifesta dans les deux régiments prussiens, tandis que les troupes autrichiennes et les habitants en étaient tout à fait exempts.

Treize hommes du 34e envoyés de Mayence à Coblentz, y transportèrent la maladie, qui se communiqua à 27 militaires de la garnison. D'autres, partis pour Juliers, y furent atteints de l'ophthalmie régnante et la transmirent également. Deux chirurgiens et quatre infirmiers la contractèrent en soignant les malades de Mayence. A la même époque, les troupes prussiennes, massées sur les frontières de la France, en furent vivement affectées, et elle acquit une intensité extrême en 1817, 1818, 1819. Elle s'est conservée jusqu'à ce jour dans l'armée ; elle y naît et s'y propage exclusivement par contagion.

Armée russe. — Pendant la campagne de France, l'armée russe eut près de 5,000 hommes frappés d'ophthalmie. En 1817, l'épidémie se déclara en Pologne dans un bataillon de chasseurs qui habitait la caserne d'Ouiasdorf. L'année suivante, elle se répandit parmi les autres corps, sévissant en particulier sur les grandes agglomérations d'hommes, épargnant les troupes cantonnées. En 1819, elle s'était répandue dans toute la Pologne, où elle ne s'éteignit qu'en 1821 pour reparaître en 1823 ; en 1825, Cronstadt fut le théâtre d'une épidémie qui s'attaqua particulièrement aux matelots, aux cadets de la marine, aux élèves des établissements de la marine à Oranienbaum. En 1832, ce fut le tour de la capitale. Le 1er carabiniers, qui y tient garnison, eut le triste privilége d'être le seul atteint. Pendant deux ans, l'évacuation des casernes contribua à la diminution du mal dans ce régiment, mais ne l'empêcha pas de s'étendre, en 1834, aux grenadiers et aux cuirassiers de la garde, acquérant sa plus grande intensité au mois de juin, et entrant dans sa période décroissante à la fin de juillet. De 1832 à 1835, il persista parmi les enfants de troupe réunis à Ekaterinoslaw. En 1836 et 1837, l'épidémie reparut dans la garde, et s'étendit tellement pendant les manœuvres des camps, que pas un seul régiment ne fut épargné. Mais il est impor-

tant de remarquer que, de tout temps, l'ophthalmie purulente s'est montrée endémique en Finlande et en Crimée. Les troupes envoyées dans cette dernière contrée, depuis son incorporation à la Russie, l'y contractèrent (ophthalmia taurica), et s'en débarrassaient quand elles changeaient de pays. La maladie y prit souvent des proportions considérables. En 1835, 60 hommes du régiment de Modlin perdirent la vue à Sébastopol. M. de Kabath constata l'existence de la maladie sur 5,000 hommes environ. Se fondant sur ces observations, les médecins russes sont moins affirmatifs que les médecins anglais et prussiens sur l'origine de l'ophthalmie des armées, qu'ils regardent comme endémique dans certaines contrées de la Russie, et ils sont portés à penser que la contagion n'est qu'une condition secondaire de son développement et de sa propagation.

Armée autrichienne. — Vers le mois de mai 1849, la garnison de Florence fut vivement atteinte, 1,061 militaires entrèrent successivement à l'hôpital. Les 677 premiers présentèrent 35 cas très-graves ; 6 hommes perdirent la vue, 3 perdirent un œil, l'autre restant sain ; 8 eurent un œil fortement altéré, 9 eurent les deux yeux plus ou moins compromis, mais sans perdre totalement la vue. Les derniers malades, plus légèrement affectés ou mieux traités peut-être, comme nous le verrons plus loin, offrirent des résultats plus satisfaisants. De même que leurs confrères de Russie, les médecins autrichiens, habitués à voir l'ophthalmie purulente régner endémiquement dans les provinces danubiennes, la Servie et l'Illyrie, sont moins exclusifs que les Anglais en ce qui concerne l'origine de la maladie. D'après le docteur Gultz, chargé par l'empereur d'Autriche d'aller étudier les épidémies de la haute Italie, il a suffi d'élever l'effectif des troupes dans certaines garnisons, dont les casernes n'étaient pas en rapport avec cette augmentation, pour que l'ophthalmie s'y développât, et la dissémination des troupes, leur envoi en cantonnement, a mis fin au progrès de l'épidémie.

Armée espagnole. — Selon M. Cervera, dans le midi de l'Espagne, comme en Egypte, comme en Algérie, en Bulgarie, en Illyrie, en Carinthie, etc., la maladie est endémique et peut, sans importation étrangère, prendre, sous l'influence de conditions générales, une marche endémique.

Hollande, Saxe, Danemark, Hongrie, Portugal. — Les médecins de la Hollande, de la Saxe, de la Suisse, du Danemark, de la Hongrie, du Portugal, MM. Donders, Ludberg, Bendz, Melchior, Thune, Muller, Stromeyer, Marquès, se rangent pour la plupart à l'avis des médecins anglais. Pour eux, la maladie remonte nécessairement à une première importation ; les causes hygiéniques ne peuvent la développer que dans les garnisons où elle a sévi une première fois.

Armée belge. — L'armée belge est incontestablement celle qui a offert le champ le plus riche à l'étude de l'ophthalmie muco-purulente, dite militaire. C'est en 1814 que l'attention des médecins belges fut éveillée sur l'existence de la maladie dans l'armée, époque où ces troupes furent

mêlées avec les troupes prussiennes, parmi lesquelles cette maladie régnait. M. Kluyskens la signala à Gand, où il la vit se montrer dans le 7e bataillon de ligne, lors de sa formation, et l'attribua, en ce qui concerne ce bataillon, à l'incorporation de militaires français dont quelques-uns avaient eu l'ophthalmie d'Egypte et en portaient encore des traces. Bientôt arrivèrent dans la même ville, en 1815, le 2e bataillon de milice, qui était affecté d'ophthalmie depuis longtemps et en avait beaucoup souffert à Groningue; en 1817, le 36e bataillon de chasseurs, fort de 700 hommes, ainsi que le 36e bataillon, également atteints, et dont le dernier avait été très-maltraité à Bréda. La maladie s'étendit au reste de la garnison et persista pendant plusieurs années. En 1826, l'armée, sur 40,000 hommes, avait 4,157 ophthalmiques. Après les événements qui amenèrent la séparation de la Belgique et de la Hollande, la maladie fit en peu de temps des progrès alarmants, qu'expliquaient au reste l'augmentation de l'effectif et les mouvements de troupes. Dans le 4e trimestre de 1832 et les trois premiers trimestres de 1833, 6,000 hommes avaient été affectés d'ophthalmie. Le seul 4e de ligne en comptait 2,153; sur un effectif qui avait varié entre 9,303 et 16,277 hommes, il en avait présenté 3,600 atteints d'ophthalmie. Sur 164 de ces malades appartenant à la 8e brigade, 20 avaient dû être pensionnés.

Le mouvement des malades traités d'ophthalmie, en 1834, dans les hôpitaux, s'était élevé au chiffre de 6,4?2, sur lesquels 3,371 avaient complétement guéri, 2,397 restaient porteurs de granulations, 108 avaient été renvoyés pour diverses causes, 109 avaient perdu un œil, et 91 avaient complétement perdu la vue. En 1835, la Belgique comptait un aveugle sur 1,000 habitants, et, sur le chiffre total de 4,117,960 habitants, 8,543, ou 1 sur 482 avaient perdu la vue par le fait de l'ophthalmie dite militaire. L'hôpital militaire de Louvain avait proposé pour la pension, à la suite de cette affection : en 1840, 3 hommes; en 1841, 17 hommes; en 1842, 23; en 1843, 13; et en 1844, 28. Aujourd'hui le mal est considérablement atténué; malheureusement il n'est pas anéanti.

France. — L'ophthalmie muco-purulente, qui épargne l'armée, se montre dans la population civile quelquefois avec une intensité remarquable, mais ordinairement sans prendre un grand développement. Les épidémies qui régnèrent à Paris en 1803 et 1806 furent assez étendues par exception, mais très-bénignes. En 1832, une épidémie d'ophthalmie purulente se déclara dans la maison de refuge fondée par M. de Belleyme pour les orphelins du choléra; cent cinquante enfants furent atteints, ainsi que quelques infirmiers chargés de leur donner des soins. La maladie se propagea dans les 9e et 12e arrondissements.

Permanente au milieu des populations indigènes de l'Algérie, l'ophthalmie s'est développée plusieurs fois épidémiquement dans l'armée française : au printemps de 1839, à Constantine et à Philippeville, sur un corps de troupes logé dans des maisons mauresques; à Bône, de juillet à novembre 1843; à Batna et à Biskara en 1846; à Laghouat en 1853, et jamais, quelle que fût sa marche endémique ou épidémique, l'ophthalmie de l'Algérie n'a rendu dangereuses pour la France les com-

lamunications, aussi rapides que fréquentes, qui unissent les deux rives de Méditerranée.

desLa croyance dans l'importation, comme source unique de l'ophthalmie armées, repose moins sur de sévères déductions que sur des vues étrangères à l'esprit des faits scientifiques, cette doctrine enfin est exclusive de faits dont il est impossible de ne pas tenir compte : l'existence d'épidémies d'ophthalmie purulente contagieuse évidemment analogue à celle dite des armées, bien antérieures à la campagne d'Égypte; et le développement de maladies absolument semblables au milieu d'agglomérations de personnes placées en dehors de toute relation avec les militaires, dans les prisons, les écoles publiques, les asiles, les manufactures, les couvents. Le témoignage des médecins américains, qui ont écrit au congrès pour lui faire connaître la situation de leur pays en ce qui touche la maladie des yeux, a apporté une preuve nouvelle et évidente de l'influence de la vie en commun comme cause première du développement de l'ophthalmie épidémique. Dans les États de l'Union, où il n'existe pas d'armée, l'ophthalmie dite militaire est très-fréquente dans les asiles consacrés à l'enfance. D'autre part, c'est précisément sur ces faits que s'appuient les partisans de l'opinion opposée, et leur argumentation paraît irréfutable quand ils s'efforcent d'établir que l'ophthalmie peut se développer en dehors de l'intervention égyptienne. Ils cessent, à leur tour, d'être dans le vrai quand ils contestent à cette dernière toute influence dans la succession des épidémies du commencement de ce siècle.

On remarque partout dans les armées que ce sont les recrues qui fournissent le plus grand nombre d'ophthalmiques, et les médecins belges attribuent en partie la diminution du nombre de ces maladies, parmi les jeunes soldats, à la disposition nouvelle qui appelle les miliciens à l'activité à vingt-un ans au lieu de dix-huit. On sait, au reste, avec quelle facilité l'ophthalmie purulente se déclare chez les nouveau-nés.

On remarque, d'ailleurs, comme causes prédisposantes :

Le tempérament lymphatique : il y a accord sur ce point; cependant on a cru remarquer que les sujets à constitution molle, les blonds, les roux, sont plus facilement atteints que les autres.

Les variations atmosphériques, les temps orageux, les vents d'automne froids et humides, les chaleurs de l'été surtout, les veilles, les fatigues, l'influence pernicieuse des gardes rapprochées, ont été signalés par tous les médecins militaires.

Les maladies antérieures, celles qui ont affecté la conjonctive, comme la grippe, la rougeole, etc.

La constitution médicale, cause obscure, mais dont il n'est pas possible de ne pas tenir compte.

L'encombrement, la plus féconde de toutes les causes.

Les granulations enfin, qui constituent une véritable influence morbide.

D'après les principes énoncés par le Congrès, tous les agents irritants peuvent, sur un sujet prédisposé, bien entendu, produire une inflammation de l'œil susceptible de prendre le caractère purulent ; et, d'après les observations faites en Égypte et répétées dans d'autres contrées, les mauvaises con-

ditions hygiéniques et le refroidissement dans une atmosphère humide semblent la cause initiale, essentielle, de l'ophthalmie. Dans une foule de circonstances, et notamment dans les épidémies qui ont régné à bord des navires de guerre, dans certains pensionnats, sur les armées française et anglaise en Égypte, sur les armées alliées en 1814, et dans les camps occupés par l'armée belge et l'armée russe, il est impossible d'accuser la misère, la malpropreté, le méphitisme, signalés dans les épidémies du Caire, et il ne reste, comme influence appréciable dans cet ordre de causes, que les variations atmosphériques, l'agglomération des hommes.

La contagion s'opère rarement par contact: elle s'effectue au contraire très-fréquemment par l'intermédiaire de l'air; c'est-à-dire par infection.

Mais de toutes les causes qui favorisent la propagation de l'ophthalmie, il n'en est aucune que l'on puisse comparer, pour sa fatale puissance, à la viciation de l'air par suite du défaut d'aération et de l'encombrement des locaux d'habitation. A Bruxelles, la caserne du Petit-Château, construite d'après les données les mieux entendues de l'hygiène, n'offre habituellement que quelques cas d'ophthalmies légères (4 du 1er novembre 1826 au 1er septembre 1827), et davantage seulement quand, par exception, on y entasse des troupes. La caserne Sainte-Élisabeth, celle des Annonciades, placées dans des dispositions tout opposées, fournissent constamment un grand nombre d'ophthalmies, ainsi que d'autres maladies très-graves. Ici le mauvais état sanitaire tient tout à la fois à l'encombrement réglementaire et aux vicieuses conditions d'aération qui en augmentent les fâcheux effets. Dans un régiment, une compagnie fournit à elle seule plus de malades que tout le reste. On s'inquiète de la cause, et l'on constate que cette compagnie occupe une chambre plus petite que les autres, mal exposée, mal ventilée ; on change ces conditions, et la maladie disparaît. On les laisse se reproduire, et la maladie reparaît plus intense que jamais.

Peut-on admettre que les objets matériels (meubles, murailles, vêtements, literies, etc.) placés dans un foyer d'infection peuvent s'imprégner de miasmes, les conserver pendant un certain temps, puis, sous l'influence de circonstances favorables, les restituer à l'air, et fournir ainsi de nouveaux centres de contagion susceptibles de produire la maladie chez les individus qui s'y trouvent placés?

L'argument le plus sérieux est le fait suivant, rapporté par le major de Boer : La garnison de la colonie Berbice, dont il faisait partie, ayant été faite prisonnière et transportée aux Barbades, cette garnison, qui n'avait eu d'ophthalmies ni en Belgique, ni à Berbice, ni aux Barbades, où cette affection n'existait pas, fut embarquée en novembre 1803 à bord d'un vaisseau anglais, qui avait servi à ramener d'Égypte les malades de l'armée anglaise, et dont on avait dû renouveler plusieurs fois l'équipage depuis l'envoi de ce bâtiment aux Indes Orientales. Après dix jours de traversée, l'ophthalmie se déclara avec une violence épouvantable sur les officiers, les matelots, les soldats, et beaucoup perdirent la vue. Après un naufrage sur la côte du Portugal, dans lequel beaucoup d'ophthalmiques se noyèrent, faute de pouvoir diriger leurs efforts, le major de Boer et ses soldats furent transportés au Texel (mai 1804), et dirigés sur Naarden, où vint les rejoindre bientôt la garnison de Surinam,

qui avait également contracté l'ophthalmie à bord d'un vaisseau venu d'Égypte : la maladie persista jusqu'en 1816. Mais ces raisons ne sont pas concluantes ; elles sont d'ailleurs contre-balancées par des observations contraires. Voici comment s'exprime M. Gouzé sur ce sujet :

« Depuis que les mouvements de troupes sont devenus fréquents, nous avons eu de nombreuses occasions de nous convaincre que les craintes que l'on avait alors ne sont nullement fondées. Nous avons vu, et cette expérience a été répétée bien souvent sous nos yeux, des régiments infectés d'ophthalmie, et d'autres qui ne l'étaient pas, occuper successivement pendant plusieurs mois des casernes d'ailleurs saines et spacieuses, etc. Jamais la maladie ne se communiqua à ces derniers. Le 7e de ligne, où nous comptions des granulés par centaines, et le 8e, où nous n'en trouvions pas, restèrent pendant près de deux ans en garnison à Anvers. Le premier envoyait constamment une foule de malades à l'hôpital, et il ne nous en venait pas du dernier. Après quatre mois de séjour dans leurs casernes respectives, où ils avaient passé une partie de l'été, ils changèrent réciproquement de demeures. Le 7e quitta la caserne, et le 8e y entra le même jour, occupa les mêmes chambres, fit usage des mêmes meubles, et, n'oublions pas de le faire remarquer, employa les mêmes couvertures de laine, les traversins, les matelas qui avaient servi au premier. Eh bien ! le 8e de ligne est resté exempt de maladie, et, à son départ, plus d'un an après, il conservait sa constante immunité. De pareils faits ont été fréquemment observés. »

L'ophthalmie épidémique, lorsqu'elle ne s'épuise pas en quelques semaines dans le cercle étroit où elle est renfermée, éprouve de la part des saisons, et surtout de la saison chaude, une influence marquée. Dans l'épidémie de Chelsea, de 1804 à 1810, la maladie semblait disparaître de décembre à mai, pour éclater de nouveau de juin à août. A Vicence, l'épidémie prit son plus grand développement de juin à juillet ; à Ancône, au mois d'août ; à Mayence, en juin ; à Saint-Pétersbourg, en juin.

En ce qui regarde la prophylaxie applicable aux hommes *actuellement malades* :

1° On ordonnera dans les corps des visites sévères, fréquentes et minutieuses ;

2° On instituera dans les casernes des salles destinées exclusivement aux hommes atteints de granulations, qui y seront traités, tandis que ceux dont l'état exige d'autres soins, et notamment ceux qui présentent la moindre trace de blennorrhée oculaire, seront envoyés immédiatement à l'hôpital ;

3° Ces salles seront vastes, bien aérées, et assez activement surveillées pour empêcher les soldats infectés de communiquer avec les hommes sains ;

4° Il serait encore préférable d'établir en dehors des casernes des infirmeries de garnison qui y seraient soignées par leurs médecins respectifs ;

5° Dans les hôpitaux, les ophthalmiques seront isolés des autres malades et classés par catégories séparées d'après le degré de leur maladie, et surtout l'abondance de la suppuration. Les convalescents devront occuper des salles spéciales et être soumis à une surveillance active ;

6° L'aération et la propreté des salles seront l'objet d'une attention

toute particulière : les malades, en tant que leur état le permettra, y séjourneront le moins possible en dehors des heures de repas : chacun d'eux aura en propre un essuie-mains et un vase pour le lavage de ses yeux ;

7° A leur sortie de l'hôpital, les militaires seront dirigés, s'ils sont entièrement rétablis, sur les corps où ils seront soumis pendant quelque temps à une visite quotidienne, sur la salle des granulés ou sur l'infirmerie de garnison, s'ils conservent encore quelques granulations ; les ophthalmiques auxquels on aura accordé des congés de convalescence, ou dont on aura prononcé la réforme, ne seront renvoyés dans leurs foyers qu'après une visite rigoureuse, dans laquelle il aura été constaté que leurs yeux ne présentent plus ni sécrétions pathologiques ni granulations.

Empêcher la propagation et l'aggravation de l'ophthalmie.

1° Éviter l'encombrement dans les casernes, prisons, corps de garde, etc., et faire en sorte que les soldats soient placés à la plus grande distance possible les uns des autres ;

2° Entretenir dans ces locaux un air pur, et veiller à ce que la plus grande propreté y règne ;

3° Empêcher, par des mesures sévères et rigoureusement observées, que des corps ou des portions de corps infectés aient des rapports avec ceux qui ne le sont pas ;

4° Empêcher que le soldat ne s'expose aux causes de refroidissement, à l'action d'une lumière vive, d'une atmosphère chargée de poussière ou viciée de quelque manière que ce soit ;

5° S'assurer si toutes les enveloppes qui recouvrent la tête n'exercent aucune espèce de compression sur ces parties ;

6° Employer contre les granulations naissantes (granulations vésiculeuses) les moyens qui exposent le moins aux réactions vives et à l'inflammation de la conjonctive ;

7° Envoyer immédiatement aux hôpitaux les hommes atteints d'ophthalmie et de gonorrhée ;

8° Redoubler de soins et de vigilance lorsque l'ophthalmie est sur le point de disparaître d'un corps ;

9° Redoubler de soins pendant les recrudescences de l'épidémie ; inspecter journellement les soldats ; examiner soigneusement les yeux, afin de pouvoir envoyer aux hôpitaux, infirmeries ou salles de granulés, dès l'invasion du mal, ceux qui en sont atteints ;

10° Si l'épidémie vient à sévir violemment dans une caserne, l'évacuer aussitôt ; séparer les hommes atteints de ceux qui ne le sont pas ; éloigner le régiment et le séquestrer dans des localités spacieuses, jusqu'à ce que l'ophthalmie soit entièrement éteinte ;

11° En temps de guerre, les mesures spéciales à prendre contre l'ophthalmie contagieuse seront indiquées dans un règlement particulier.

L'ophthalmie une fois éteinte, en prévenir le retour.

1° Dans le recrutement, visiter avec le plus grand soin les hommes sur le point d'être incorporés, et envoyer incontinent en traitement,

soit dans les hôpitaux, soit dans les salles des granulés, selon le degré de leur affection, et avant qu'ils aient eu aucun contact avec les hommes du corps auquel ils vont appartenir, tous ceux qui sont atteints de granulations;

2° Visiter immédiatement tout homme rentrant au corps après une absence quelconque;

3° Continuer pendant longtemps encore la même surveillance que pendant la durée de la maladie, dans les casernes, les prisons, les hôpitaux, et s'assurer que les mesures hygiéniques sont fidèlement et ponctuellement exécutées.

Tel est l'ensemble des mesures prophylactiques auxquelles le Congrès a donné sa sanction.

OPHTHALMIE MILITAIRE. — De l'identité de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie dite militaire, par M. *Lustreman*, médecin principal de 1re classe, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, t. XX, p. 96.

Dans cette note, rédigée pour être lue devant le congrès ophthalmologique de Bruxelles, l'auteur examine la question de l'identité ou de la non-identité de l'ophthalmie catarrhale et de l'ophthalmie dite militaire, et il se prononce en faveur de l'identité.

OPHTHALMIE. — Note complémentaire sur l'ophthalmie de Biskara, par M. *Beylot*, médecin aide-major de 1re classe, t. XI, p. 210.

OPHTHALMIE. — De l'influence des coiffures militaires sur le développement de l'ophthalmie purulente dans le sud de l'Algérie, par M. *V. Vidal*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Dellys, t. XVII, p. 211.

L'auteur, qui attribue l'ophthalmie de Laghouat à l'action du soleil et des sables, pense que la coiffure du soldat a joué un rôle important dans l'inégale répartition de cette affection parmi les troupes qui ont fait l'expédition. Il se prononce contre la coiffure des zouaves.

OPPENHEIMER (1). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

ORBITE. — Coup de feu de l'orbite, portion de balle demeurée enclavée dans l'ethmoïde ; considérations générales sur les blessures de l'œil et les projectiles engagés dans les cavités environnantes ; faits divers et réflexions, par M. A. *Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VII, p. 317.

L'auteur parle d'abord des plaies de l'orbite en général et appuie de faits bien observés les propositions suivantes :

1° Quand une balle vient frapper directement le globe oculaire, elle le déchire, disperse ses enveloppes et se loge dans la cavité, au lieu et place des humeurs. Elle ne va pas plus loin, si elle est sur la fin de sa course.

2° Si une balle atteint obliquement le globe oculaire, la surface sphérique et élastique qu'il lui oppose peut la faire dévier ; ou bien encore, il arrive que l'œil, sans se rompre, se laisse entraîner en dehors de sa cavité, et pend ensuite sur la joue, la pommette ou la tempe.

Revenant ensuite aux cas ordinaires, l'auteur avance que les fractures comminutives de l'orbite, très-graves déjà par elles-mêmes, se compliquent encore par la pénétration des projectiles ou de leurs fragments dans le crâne, dans les sinus frontaux et maxillaires, dans les fosses nasales ; que, en général, l'extraction de ces corps étrangers est entourée de grandes difficultés, et que si leur séjour n'amène pas constamment de graves complications ou de la gêne, souvent des infirmités, on ne peut disconvenir que c'est un prétexte de ne les y abandonner qu'en désespoir de cause.

A ce sujet, M. Bertherand cite quelques faits de ce genre puisés dans les annales de la science, et, pour donner une idée complète des difficultés diagnostiques et opératoires qu'oppose une balle enclavée, il rapporte l'observation d'un officier de l'armée d'Afrique qui reçut, à l'angle externe de l'orbite gauche, un coup de feu dont la balle, après s'être divisée sur l'apophyse orbitaire et avoir abandonné une partie de sa masse dans l'orbite, avait continué son trajet derrière le globe oculaire, et perforé l'os planum pour s'arrêter, en se déformant, dans les cornets ethmoïdaux de la fosse nasale gauche, où elle séjournait encore huit ans plus tard.

ORCHITE. — Mémoire sur l'emploi du vésicatoire le long du canal de l'urètre dans la blennorrhagie, et sur ses avantages dans l'épididymite et l'orchite, par M. *Achille Cordier*, chirurgien aide-major de 1re classe à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, t. VIII, p. 192 à 201.

Aux sangsues et aux moyens antiphlogistiques généralement em-

ployés dans le traitement de l'épididymite et de l'orchite, l'auteur, à l'exemple de Lacauchie, préfère l'application des vésicatoires. Le jour de l'entrée des malades, un large vésicatoire recouvre tout le scrotum du côté du testicule affecté ; ce vésicatoire est entretenu jusqu'à la cessation entière des symptômes inflammatoires ; et du quinzième au vingtième jour, quelquefois avant, la guérison est obtenue.

Pour attester l'excellence de cette méthode révulsive, l'auteur rapporte trois observations : une d'épididymite, une d'orchite traumatique, et une d'urétro-épididymite, dont la guérison a été obtenue plus promptement que par les moyens ordinaires.

M. Cordier fait, en outre, observer que cette médication est plus simple, moins dispendieuse que toute autre, et peut-être aussi moins douloureuse.

ORCHITE. — Observation d'orchite vénérienne droite, datant de quinze ans ; guérison par l'iodure de potassium à haute dose, par M. *Capron*, médecin-major de 2e classe, t. II, p. 240. — *Voy.* Iode.

OREZZA. — Analyse de l'eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza, par M. *Poggiale*, professeur de chimie à l'école de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, t. XIII, p. 433.

ORGANES RESPIRATOIRES. — Des phlegmasies aiguës des organes respiratoires à Alger, par M. *Daga*, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XVII, p. 231. — *Voy.* Phlegmasies.

ORGE. — *Voy.* Aliments.

ORIENT (Armée d'). — Notice médico-chirurgicale sur l'armée d'Orient, par M. *Quesnoy*, chirurgien-major aux voltigeurs de la garde, t. XX, p. 241.

L'auteur passe rapidement en revue le débarquement de l'armée française à Gallipoli et à Varna, l'expédition de la Dobrutscha, le débarquement en Crimée, la bataille de l'Alma, l'ouverture des travaux du siége de Sébastopol et la bataille d'Inkermann. Il signale l'invasion du scorbut, les congélations, l'acrodynie, la physionomie des ambulances pendant le premier hiver, les conditions sanitaires des camps, l'invasion du typhus, la situation sanitaire de l'armée anglaise, la nouvelle manifestation du choléra, l'apparition des fièvres paludéennes, le passage de la Tchernaïa. Il décrit l'attaque de Malakoff, la bataille de Traktir, etc.

ORIENT. — Instruction médicale pour l'armée d'Orient, t. XIII, p. 447.

ORIENT. — Sommaire des précautions à prendre pour conserver la santé des troupes en Orient, t. XIII, p. 449.

ORIENT. — Relation de l'épidémie cholérique dont la première division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha, en juillet et août 1854, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'ambulance, t. XV, p. 130.

ORIENT. — Esquisse historique et philosophique des maladies qui ont sévi sur les soldats de l'armée d'Orient depuis le début de la campagne jusqu'à ce jour, par M. *Scrive*, médecin en chef de l'armée, t. XVII, p. 1.

Les divisions françaises destinées à constituer le corps expéditionnaire d'Orient arrivèrent successivement à Gallipoli, lieu de rendez-vous général.

Le premier envoi de troupes (3e chasseurs) toucha terre en Turquie le 31 mars 1854.

Dans les premiers jours de juin, l'armée fut dirigée sur Varna.

Le territoire de cette dernière ville, quoique moins favorisé que celui de Gallipoli, est cependant sain; il offre sur des plateaux élevés, à huit kilomètres de la ville, des campements excellents.

Le 19 juillet, plus de trente cas de choléra bien caractérisés s'étaient manifestés; le fléau pesait, non pas sur les divisions, qui avaient à peine fourni deux cas, mais bien sur les malades de l'hôpital, sur les troupes venues récemment de France, et sur celles qui étaient placées dans un cercle peu éloigné de l'hôpital et de la ville de Varna.

Les divisions expéditionnaires parcouraient alors la Dobrutscha pour y surprendre l'ennemi, qu'on disait y exister. Leur état sanitaire était excellent depuis le départ, lorsque au huitième jour le choléra fit une effrayante explosion, principalement sur les colonnes avancées.

Le 2 septembre, les quatre premières divisions s'embarquaient pour la Crimée.

Le 19, la victoire de l'Alma vient exalter tous les courages et présager le succès de l'expédition. On séjourna deux jours sur le champ de bataille, et, pendant la marche en avant qui suit le séjour, le choléra reparaît dans quelques régiments, s'attaquant plus particulièrement aux officiers, qui, en raison de l'impossibilité de se faire suivre de leurs bagages en Crimée, vivaient comme les soldats (vingt à vingt-cinq invasions par jour). Deux médecins furent atteints : Michel, du 7e léger, tué en

deux heures par le fléau, et Bailly, qui alla mourir à Constantinople cinq jours après.

Dans la nuit suivante, le maréchal Saint-Arnaud, notre illustre chef, est surpris par une attaque sérieuse du mal, et succombe bientôt, sur le chemin de la France. Cette recrudescence, heureusement, ne dura pas longtemps.

Le 2 octobre, il n'y avait plus que quelques cas isolés.

C'est alors que commence le siége de Sébastopol.

Les 2 et 3 janvier, l'atmosphère commence à se refroidir, et, dans la nuit du 4 au 5, le thermomètre descend à 6° au-dessous de zéro; il fait un vent violent qui chasse la neige en poussière très-fine et incommode beaucoup les hommes; quelques soldats sont atteints de congélation.

De légères influences typhiques se manifestent et obligent à prendre des mesures rigoureuses et rapides d'assainissement; elles ont pour résultat de faire disparaître les causes infectieuses, qui donnaient de graves inquiétudes.

Une autre complication du service médical vint encore, à la fin de janvier, éveiller l'attention de l'autorité : c'était l'accroissement considérable du scorbut, en nombre et en gravité à la fois. Ce qui inquiétait davantage, c'était de voir que les soldats les plus solides et les plus anciens étaient surtout atteints par cette maladie.

A la fin de février, les régiments comptaient trois mille scorbutiques, cent environ par régiments anciens, vingt-cinq par régiments nouveaux.

Les entrées à l'hôpital, sur un effectif de 89,000 hommes, vont à 8,200, les décès à 543.

Les opérations de guerre marchent avec lenteur depuis la victoire d'Inkermann. On continue le siége avec des difficultés inouïes. Le feu de l'ennemi nous amène à l'ambulance de tranchée.

Le printemps étant venu, il était indispensable de faire subir aux mauvaises conditions de campement de l'armée, rendues nécessaires par l'hiver, des modifications hygiéniques susceptibles d'éloigner le danger plus terrible encore à l'approche des chaleurs.

Vers le commencement de mai, une recrudescence cholérique reparut dans l'armée.

Le 16 août, les Russes traversent de grand matin la Tchernaïa, et nous attaquent avec 40,000 hommes dans nos lignes de Fedouchine; ils sont repoussés, et nous gagnons en quelques heures, par la bravoure énergique de nos soldats, la bataille de Tracktir.

Aux premiers jours de septembre, l'armée n'était plus qu'à 40 mètres de Malakoff : l'assaut fut décidé, et le 7 la première division s'établissait d'une manière irrésistible dans le bastion en en chassant les défenseurs.

Le but était atteint, les vaisseaux russes étaient coulés ou détruits; nous étions maîtres de la mer Noire; mais notre conquête avait coûté trop de sang. Dans toutes les dernières affaires qui se sont rapidement succédé, nos pertes, en blessés et en tués, ont atteint le chiffre de 35 à 38,000, officiers et soldats

Toutes les affections de l'armée de Crimée offrent un cachet d'adynamie profonde.

Elles sont rarement simples, mais attaquent simultanément divers tissus ou diverses fonctions; elles sont plutôt générales que locales.

Elles apparaissent presque toujours sous forme chronique.

Elles se présentent le plus ordinairement sous le type tierce; les fièvres quotidiennes sont moins communes.

Les fièvres intermittentes n'occupent, comme fréquence, qu'un rang secondaire dans la pathologie de la Crimée; elles cèdent, en général, avec assez de facilité.

Les maladies de l'appareil digestif affectent presque exclusivement les deux extrémités de ce système. Ce sont, d'une part, des stomatites et des gengivites; de l'autre, des diarrhées et des dyssenteries.

Les rhumatismes musculaires, sub-aigus ou chroniques, sévissent avec une grande fréquence.

Ces douleurs attaquent de préférence les membres inférieurs, tant à cause de l'humidité dans laquelle ils sont plongés que de l'inaction à laquelle ils sont soumis pendant certains travaux dont les bras font tous les frais. Les rhumatismes lombaires, puis les pleurodynies, viennent ensuite dans l'ordre de fréquence; c'est dans les membres supérieurs qu'on en observe le moins.

Chez le plus grand nombre des sujets anémiés on observe une infiltration, plus ou moins étendue, de tissu cellulaire des membres inférieurs.

Un nombre considérable de malades arrive avec des phénomènes de gelure bornés le plus souvent aux orteils, mais pouvant envahir toute l'étendue des deux pieds.

Le second degré des auteurs, caractérisé par des phlyctènes avec ou sans ulcération, est plus rarement observé.

Le troisième degré, mortification des tissus, s'est, au contraire, fréquemment présenté dans nos services sous forme de gangrène des orteils ou d'une fraction plus ou moins étendue des pieds. Cette gangrène est sèche ou humide.

Les malades sont presque tous atteints de diarrhée chronique.

La gelure au troisième degré offre un pronostic grave, car la plupart des malades succombent aux amputations partielles nécessitées par la gangrène.

Il est à remarquer qu'aucun des malades dont les pieds ont été gelés en Crimée n'a été soumis à une température inférieure à zéro, mais bien à un froid humide de plusieurs degrés au-dessus de la glace fondante, entretenu pendant un temps prolongé.

ORIENT. — Coup d'œil général sur la nature des maladies de l'armée de Crimée jusqu'à la fin de 1854, par M. *Grellois*, médecin major de première classe, t. XVII, p. 269.

Les malades traités à Constantinople proviennent exclusivement des évacuations de la Crimée.

Les affections offrent un cachet de profonde adynamie, sont rarement simples et apparaissent presque toujours sous forme chronique.

Les fièvres intermittentes se présentent en grande majorité sous le type tierce.

Les maladies de l'appareil digestif affectent presque exclusivement les deux extrémités de ce système.

Les fonctions respiratoires ont conservé pendant longtemps une remarquable immunité.

Les rhumatismes musculaires sévissent avec une grande fréquence.

Chez les sujets anémiés on observe très-souvent une infiltration plus ou moins étendue du tissu cellulaire des membres abdominaux.

Un grand nombre de malades arrive avec des phénomènes de gelure bornée le plus souvent aux orteils.

Les nombreuses observations que M. Duplan a recueillies pendant que la direction du service chirurgical de l'hôpital militaire de Baréges lui était confiée, lui ont permis d'étudier l'action immédiate des eaux thermales de cette localité, d'en suivre, longtemps encore après leur administration, l'effet consécutif, et d'entreprendre sur cette question un travail dont ce mémoire, relatif au système osseux, n'est qu'une partie.

Parmi ces observations, dont le chiffre s'élève à plus de 2,000, cent cinquante concernent des affections du système osseux, sans y comprendre les maladies du système articulaire dont M. Duplan a fait un article séparé (T. VI, p. 173).

L'auteur a réparti ces cent cinquante affections comme il suit : 17 accidents consécutifs aux fractures, 36 ostéites, 34 caries, dont 10 avec dépôt par congestion, 4 nécroses, 1 spina-ventosa, 13 exostoses, 15 périostoses.

Avant de se livrer à l'examen particulier des différentes sections qu'embrasse la pathologie des os, M. Duplan présente des considérations générales sur l'action et sur l'efficacité des eaux naturelles de Baréges, dans ces divers genres d'affections.

De toutes les maladies soumises à l'action thérapeutique de ces thermes, les maladies des os, selon lui, sont au nombre de celles qui en obtiennent l'effet le plus salutaire et le plus durable. L'action de ces eaux prise en bains, est pour ainsi dire chirurgicale et ne diffère pas sensiblement de celle que toute autre médication rechercherait par les frictions, les ustions, les cautères, les moxas.

Elle s'exerce avec plus d'énergie sur la partie malade, qui, plus sensible, plus impressionnable, concentre sur elle toute l'impulsion. Il n'est pas rare que cette partie affectée s'exaspère entre le dixième et le quinzième bain, et qu'il surgisse une série de phénomènes qui alarment le malade ; mais contre lesquels le praticien expérimenté, toujours en garde, sait opposer à propos soit une interruption pour quelques jours ou une action moins active, soit seulement quelques paroles d'encouragement, et parfois des topiques adoucissants pendant les heures intercalaires aux bains. Vers le vingtième bain, cette exaspération locale s'est dissipée, et l'amélioration ne tarde pas à se montrer, marquée d'abord par plus de légèreté dans la partie, et par plus de souplesse dans les mouvements.

Après ces remarques, l'auteur expose, dans autant d'articles spéciaux, le résultat de ses observations sur chaque catégorie des maladies du système osseux ; en rappelle les causes, quand ces causes ont une valeur étiologique notable, en indique le caractère et les symptômes, résume les cas de la même série qui se sont présentés à son examen ; fait mention des faits importants qui s'y rattachent, met en relief l'enseignement qui peut en résulter, note les proportions relatives du nombre des guérisons, des améliorations et des insuccès, et contrôle la valeur des effets immédiats par la constatation, quand il y a lieu, des effets consécutifs.

OSTÉITE. — Observation d'ostéite tuberculeuse au tibia droit, amputation de la cuisse, par M. *Prudhomme*,

chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Biskara, t. IV, p. 326.

Un maître tailleur du 2e du génie entre à l'hôpital de Biskara, le 23 décembre 1847, pour des douleurs à la jambe droite et plus particulièrement à l'épine du tibia qui est plus volumineuse que celle de l'os correspondant.

Ces douleurs datent de dix-sept jours et s'exaspèrent pendant la nuit. Le malade nie avoir jamais contracté d'affections syphilitiques.

On emploie d'abord un traitement antiphlogistique assez actif; un abcès se forme en dedans de l'épine du tibia, il est ouvert le 1er janvier.

Un stylet introduit dans le fond de l'abcès fait connaître une altération du tibia; les jours suivants, la carie devient plus évidente et fait des progrès malgré l'application de plusieurs moxas. Le 26 janvier, le malade fait une chute sur le genou droit, cette articulation se tuméfie et devient très-douloureuse. Des ventouses scarifiées diminuent la douleur, mais le genou ne revient pas à son volume ordinaire. Un second abcès se prononce.

Bien que la constitution du malade éloigne d'abord l'idée d'une diathèse scrofuleuse, on prescrit l'iodure de potassium, et on applique cinq nouveaux moxas. Un troisième abcès se déclare, et par l'ouverture qui en est faite, le stylet s'enfonce de sept à huit centimètres. Il y a donc un vaste clapier. L'amputation est décidée. Elle a lieu le 14 février.

A l'examen du membre, on constate une ostéite de nature tuberculeuse.

Pendant la période de cicatrisation, plusieurs abcès se forment dans diverses régions du moignon, mais ils n'ont point de résultats fâcheux.

Ce militaire, dont l'état s'améliore chaque jour, demande à être évacué sur le littoral; on cède à ses désirs et les progrès de son rétablissement permettent d'espérer, après un certain laps de temps, et peut-être à la faveur du changement de climat, une guérison définitive.

OSTÉOMYÉLITE. — Mémoire sur l'ostéomyélite des amputés, par M. *Tharsile Valette*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XVI, p. 230. — *Voy.* AMPUTÉS.

OUED-EL-MALAH. — Note sur la composition de l'eau de cette rivière et sur le dépôt cristallin qui en couvre les bords, par M. *Ch. Schmitt*, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Biskara, t. XIX, p. 335.

OUED-R'RIR. — Notice sur les puits artésiens de

l'Oued-R'rir, par M. *Baelen*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 74.

OUED-R'RIR. — Notes médicales sur l'Oued-R'rir et sur Tuggurt, par M. *E. Limayrac*, médecin-major, t. XVII, p. 88.

OZÈNE. — Observation d'un cas de guérison d'ozène, par M. *Raoult-Deslongchamps*, médecin aide-major au 9e dragons, t. XIV, p. 281.

Vers le mois d'octobre 1848, à la suite d'un refroidissement, un officier du 9e dragons fut pris, pour la première fois, d'un coryza très-intense; au bout de deux mois, malgré l'emploi d'injections et de fumigations émollientes, l'écoulement, toujours très-abondant, était devenu purulent et fétide; l'obstruction des cavités nasales était complète.

Au mois de juillet 1849, la muqueuse offrait des ulcérations sur un fond grisâtre, fongueux, saignant au moindre contact. A partir de cette époque, le malade fut soumis, à Lyon et à Paris, aux traitements les plus variés et les plus énergiques. Le mal suivit toujours son cours.

Le 5 novembre 1852, l'auteur explore les fosses nasales, et trouve, à leur partie antérieure, la muqueuse rouge, gonflée, ulcérée et recouverte en certains points de croûtes jaunes ou noirâtres. A l'aide d'une sonde de femme et du doigt auriculaire, il reconnaît que le vomer est carié et se décide à en faire l'extraction.

Après cette opération, des injections émollientes sont d'abord pratiquées; on emploie ensuite l'eau phagédénique. L'odeur infecte disparaît, la sécrétion redevient muqueuse et inodore, la douleur et le gonflement n'existent plus, la guérison est complète, et le 25 avril 1853 elle ne s'est pas démentie.

OZONE. — *Voy*. PAPIER OZONOMÉTRIQUE.

OZONOMÉTRIE. — Gamme chromatique pour l'ozonométrie, par M. le docteur *A. Bérigny* (de Versailles), médecin traitant à l'hôpital militaire de Versailles, membre fondateur et vice-président de la société météorologique de France, t. XXII, p. 432.

Ce mémoire a pour but d'exposer les avantages d'une gamme ozonométrique nouvelle, instituée par l'auteur en collaboration de MM. Richard et Sallerou, et basée sur un grand nombre d'expériences faites avec le papier Jame, soumis, à l'aide de moyens variés, à des atmosphères diversement chargés d'ozone.

Cette nouvelle échelle porte vingt et un tons différents, tous équidistants les uns des autres, et peut servir à mesurer toutes les teintes ozonométriques, depuis les plus claires jusqu'aux plus foncées.

Ce mémoire se termine par une instruction sur la manière de se servir des papiers ozonométriques et sur les précautions à prendre pour assurer l'exactitude et la régularité des opérations, et rendre comparables entre eux les résultats obtenus dans différentes localités.

Voy. aussi PAPIER OZONOMÉTRIQUE.

P

PAIN. — Du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, et de la composition chimique du son, par M. *Poggiale*, pharmacien principal, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, t. XII, p. 351.

Vers la fin de l'année 1850, M. le général de Schramm, alors ministre de la guerre, nomma une commission composée des généraux Oudinot, de Cramayel, Legendre, Reibell et Moreau, de MM. de Launay et Daguan, intendants militaires, de M. Begin, membre du Conseil de santé, et de M. Poggiale, afin d'examiner les résultats obtenus par le système de l'achat direct du pain, confié aux ordinaires.

La commission, à la suite d'un examen consciencieux et d'expériences aussi nombreuses et aussi variées que possible, déclara que le bien-être du soldat, les intérêts du trésor, le maintien de la discipline et les nécessités de l'administration et du commandement exigeaient le rétablissement immédiat du système manutentionnaire. Elle recommanda en même temps des améliorations importantes dans la fabrication du pain de munition et dans l'examen des produits des manutentions militaires.

M. Poggiale a continué et complété les études que cette circonstance fortuite lui avait fait entreprendre, et expose, dans ce travail, les divers moyens mis en usage pour l'analyse du pain, opération qui, comme on le sait, présente de grandes difficultés. Voici comment il opère :

Le poids des substances organiques est déterminé par la calcination du pain dans un creuset de platine.

La quantité d'eau, en desséchant 50 grammes de pain dans une étuve à courant d'air, chauffée à 120° jusqu'à ce que le poids soit constant.

Les matières grasses, en traitant le pain desséché, par l'éther rectifié, dans un appareil à déplacement.

Pour avoir la proportion de gluten ou de matières azotées, on fait di-

gérer le pain au bain-marie à 60° avec de la diastase. — Le gluten est séché après plusieurs lavages. Dans certains cas, le gluten a été séparé de la fibrine et de l'albumine végétales au moyen de l'acide acétique. Dans quelques expériences la quantité de substances azotées a été calculée d'après celle d'azote obtenu.

L'amidon a été dosé à l'état de sucre par le tartrate cupro-potassique : le son recueilli sur un tamis à mailles serrées.

L'examen a porté successivement sur les pains de munition de Belgique, des Pays-Bas, du grand-duché de Bade, de Prusse, de Francfort, de Bavière, de Stuttgard, et enfin sur le pain de munition français.

Si on compare entre elles ces différentes analyses de pain, on remarque que le maximum de matières azotées est de 8,95 pour cent, et le minimum de 4,85. C'est le pain français qui contient le plus de gluten et celui de Prusse qui en renferme le moins.

Pour compléter son travail et en augmenter la valeur, M. Poggiale a également dosé la proportion de gluten et d'azote du pain de première et de deuxième qualité des boulangeries civiles de Paris, de celui des hospices, et des farines commerciales.

Ces recherches lui ont démontré que le pain fabriqué avec de bonnes farines de munition a des qualités nutritives supérieures à celles du pain de deuxième qualité de la boulangerie civile. Les adversaires du pain de munition lui reprochent donc, à tort, d'être moins nutritif que le pain blanc de deuxième qualité.

Composition chimique du son. — Depuis plusieurs années on se préoccupe dans la science de la composition, de la valeur nutritive du son et du rôle que celui-ci joue dans la panification. Ce produit est considéré par les uns comme une substance éminemment alimentaire, plus riche en gluten que le blé, et par les autres comme un élément très-nuisible.

Souvent consulté sur ces questions, M. Poggiale a cru devoir soumettre à l'autorité de l'expérience les assertions si contradictoires que des hommes distingués ont tour à tour avancées.

Généralement on analyse le son par l'action successive des acides et des alcalis étendus, l'eau bouillante, l'alcool et l'éther, et l'on admet que la différence de poids entre le résidu ultime de ces diverses opérations et celui du son mis en expérience représente la proportion de matière alimentaire.

Les recherches de M. Poggiale ont consisté, d'abord, dans l'analyse du son, faite sans l'intermédiaire des acides et des alcalis qui, quelque dilués qu'ils soient, rendent toujours soluble une proportion considérable de matière non assimilable. Il a de plus nourri des chiens et des poules au moyen de son, et reconnu par l'analyse de leurs déjections que cette substance renfermait au moins 56 pour cent de principes absolument impropres à la nutrition.

Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs justifie l'élimination du son et la perte qui résulte de l'obligation du blutage.

Il est d'ailleurs de bonne économie, dit-il en terminant, de donner le pain blanc aux hommes et de faire utiliser le son aux ruminants qui le rendent sous forme de lait et de viande. De plus, il est convaincu que la

séparation complète et économique de la matière alimentaire du son tentée à plusieurs reprises et toujours en vain, ne pourra être obtenue que par le perfectionnement des moyens mécaniques dont le meunier fait usage.

PAIN. — Rapport inédit de Parmentier sur le pain des troupes, annoté par M. *Poggiale*, pharmacien principal, professeur de chimie à l'Ecole impériale de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XVIII, p. 406.

Ce rapport, lu à l'Institut National le 21 brumaire an v de la République, prouve que dès cette époque Parmentier jugeait nécessaire que le blutage de la farine servant à la confection du pain de munition fût porté à un degré voisin de celui que l'Empereur, dans sa sollicitude pour l'armée, a accordé en 1853.

Le ministre de la guerre, dit Parmentier, désirant porter la fabrication du pain des troupes au degré de perfection dont elle est susceptible, s'est adressé à l'Institut National pour obtenir la solution raisonnée des questions suivantes :

1° Le son conservé dans la composition du pain peut-il être nuisible à la santé des troupes ?

2° S'il est reconnu qu'on peut l'y admettre, dans quelle proportion peut-on l'y laisser ?

Trois membres de l'Institut, MM. Cousin, d'Arcet et Parmentier furent chargés d'examiner cette question et de faire un rapport.

Après avoir passé en revue tous les inconvénients qui résultent de la présence du son dans la farine employée à la préparation du pain de munition, le rapporteur termine ainsi.

Tous les arguments en faveur du son sont les arguments de l'ignorance ou des préjugés ; ils ne prévaudront jamais contre l'expérience et la raison.

Il est démontré au chimiste que le son, réduit à son état d'écorce, ne fournit aucun des principes de la farine, et il est démontré au médecin que le son, passant facilement à la putrescence, peut dans certaines circonstances nuire à la santé des troupes.

Enfin il est démontré à la ménagère que la présence du son nuit à la conservation des farines, ainsi qu'à la fabrication du pain et qu'elle le dénature dans ses propriétés alimentaires.

Or, ces trois sortes d'autorités sont le contre-poids de mille autorités contraires ; elles prouvent que le son dans le pain n'offre que des inconvénients sans aucun avantage.

Laissons les issues augmenter la ressource alimentaire des bestiaux. N'altérons pas, par un intérêt mal entendu, la substance alimentaire fondamentale des défenseurs de la patrie.

De tout ce qui a été dit dans le rapport il suit :

1° Que le son comme écorce n'a pas été destiné dans l'ordre de la na-

ture à faire partie de nos aliments et qu'il n'est nourrissant qu'en proportion de la farine qu'il retient toujours;

2° Que la présence du son dans les farines nuit toujours à leur qualité, à leur emploi et à leur conservation;

3° Que le pétrissage, la fermentation, la cuisson et les agents de la digestion ne changent ni la nature ni les propriétés du son, quelque divisé qu'on le suppose;

4° Que le son fait du poids et non du pain; qu'il empêche cet aliment de prendre de l'étendue et de se ressuer au four; qu'il nuit à ses propriétés nutritives et à sa conservation.

5° Enfin que pour donner au pain de munition tous les avantages qu'il doit réunir, considéré comme base fondamentale de la nourriture des troupes, il faut extraire de la farine servant à le confectionner *dix-huit* livres de son par quintal de grain; par ce moyen, sans augmenter la ration de pain du soldat, cette ration sera tiercée au moins du côté de ses effets alimentaires.

PALLAS (Emmanuel), *médecin principal* (1). — Nouvelles expériences sur le maïs considéré comme plante saccharifère, t. II, p. 358.

PANARIS. — Note sur une épidémie de panaris et autres inflammations du tissu cellulaire et de la peau, observée à Nemours (province d'Oran), en août et septembre 1855, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 98.

M. Potier-Duplessy donne d'abord tous les documents qu'il a pu recueillir dans la *Presse médicale* sur les épidémies de panaris et d'inflammations phlegmoneuses qui ont été observées à diverses époques. Avant de décrire celle qui s'est passée sous ses yeux en août et en septembre 1855, il expose les caractères de la constitution médicale qui a régné pendant les mois précédents et les modifications météorologiques dont l'influence s'est fait sentir à la même époque.

Le nombre des inflammations phlegmoneuses, siégeant de préférence sur les doigts et sur les membres supérieurs, que M. Potier-Duplessy a eu à traiter, soit à l'hôpital, soit à la caserne, soit à la consultation publique des colons européens et des indigènes, s'élève à 78. Ces affections étaient des panaris, des phlegmons simples ou diffus, des anthrax et des collections purulentes.

L'auteur examine successivement ce que ces affections ont présenté de plus remarquable sous le rapport de leur siége, de leur marche, de leur

(1) Décédé.

traitement, de leurs causes, et des faits et des considérations qu'il présente, il croit devoir conclure :

Que le panaris, à l'exemple de certaines autres inflammations celluleuses, peut se montrer sous forme épidémique ;

Que, dans ces circonstances, la maladie se déclare spontanément et sous l'influence des causes les plus légères ;

Que l'affection est remarquable par l'acuité de l'inflammation, sa rapidité sans égale, sa tendance générale presque inévitable à la suppuration et à la mortification des tissus, sa résistance aux traitements ordinaires ;

Qu'en même temps que règnent ces maladies, il en existe ordinairement certaines autres plus ou moins graves, qui semblent indiquer que les unes et les autres sont dominées par des conditions générales sans lesquelles elles ne se développeraient point, avec ces caractères, spontanément et en aussi grand nombre.

PANZANI, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Sétif* (1). — Trois observations de congélation des pieds, t. I, p. 189.

PAPIER OZONOMÉTRIQUE. — Observations faites à Versailles avec le papier dit ozonométrique de M. Schœnbein, pendant le mois d'août 1855, par M. *Deux-Ponts Bérigny*, médecin traitant à l'hôpital militaire de Versailles, vice-président de la société météorologique de France, t. XVI, p. 440.

En présence de l'influence que, suivant quelques observateurs, l'ozone semble exercer sur les épidémies et notamment sur la marche du choléra, l'auteur a considéré comme important de faire des expériences sérieuses avec le papier réactif de l'ozone dont M. Schœnbein (de Bâle) se sert pour donner la mesure de l'ozone contenu dans l'air.

Après avoir fait connaître les précautions qui ont été prises pour que les instruments de ces expériences soient bien livrés à eux-mêmes, ou, autrement dit, pour qu'ils soient placés de manière à ne recevoir aucune influence des corps environnants, ni même des phénomènes météorologiques qui doivent leur rester étrangers, M. Deux-Ponts Bérigny expose que les mêmes nuances d'ozone ont été obtenues, pendant tout le mois d'août, à l'observatoire de Versailles, tandis que des expériences de même nature ont été faites avec le même papier et pendant le même espace de temps, par M. Silbermann, sur une terrasse du Conservatoire des arts et métiers, sans le moindre résultat. Il ajoute que, pour multiplier les in-

(1) A quitté le service de santé militaire.

vestigations, il a cherché à s'assurer de l'état ozonométrique de l'hôpital militaire de Versailles, situé au sud de la ville, et que des papiers exposés dans des salles des trois services : blessés, fiévreux et vénériens, les fenêtres étant ouvertes pendant toute la journée, y sont restés 12, 24, 36, 48 heures, et même 15 jours, sans déceler la moindre trace d'ozone, tandis que d'autres papiers de même espèce, placés dans les angles de la cour, fournissaient des nuances d'ozone égales à celles qu'il obtenait à l'observatoire météorologique situé au nord de Versailles.

Comme conclusion de ses expériences, l'auteur se demande si, à Paris, où le choléra sévissait alors avec une certaine intensité, il n'y aurait pas d'ozone, pendant qu'il s'en trouverait une très-grande quantité à Versailles, là où ce terrible fléau ne s'était pas encore montré épidémiquement. Il se demande également si les observations recueillies dans les salles de l'hôpital militaire de Versailles ne démontrent pas que, entre autres circonstances qui s'opposent à la manifestation de l'ozone, l'acide carbonique expectoré par les malades empêche cette manifestation.

L'auteur termine en signalant, par un tableau graphique, les relations qui existent entre la marche de l'ozone et celle du baromètre, de la température, de la tension de la vapeur, de l'humidité relative de l'air et du degré de sérénité du ciel pendant la durée de ses expériences.

PAPIER OZONOMÉTRIQUE. — Rapport sur les observations ozonométriques faites avec le papier Schœnbein, autour de la caserne de Saint-Cloud (Seine-et-Oise) et au milieu de la cour, à deux altitudes différentes, à 7 heures et demie du matin et à 7 heures et demie du soir, pendant trente et un jours (du 6 octobre au 5 novembre 1855 inclusivement), par M. le docteur *Deux-Ponts Bérigny* (de Versailles), médecin traitant à l'hôpital militaire de cette ville, vice-président de la Société météorologique de France, t. XVIII, p. 480.

Dans ce mémoire, qu'il adresse au ministre de la guerre, l'auteur donne d'abord quelques généralités sur l'ozone, sur ses propriétés et sur ses relations avec les maladies, notamment avec le choléra, et s'attache à établir son influence sur l'état physiologique de l'homme par le résumé des opinions que les observateurs ont avancées sur ce sujet.

Il trace ensuite la situation topographique de la caserne de Saint-Cloud et indique avec détails les dispositions qu'il a prises pour l'entourer, à deux altitudes, de quatorze appareils ozonoscopes, et constater les résultats qu'ils ont fournis.

Les principales conclusions du travail de M. Deux-Ponts Bérigny sont les suivantes :

La quantité d'ozone recueilli ensemble sur la cour et du côté de la rivière est plus grande le jour que la nuit.

La quantité d'ozone recueilli du côté de la Seine seulement est au contraire plus considérable la nuit que le jour.

La quantité d'ozone recueilli sur la cour seulement est plus forte le jour que la nuit.

La quantité d'ozone recueilli ensemble sur la cour et du côté de la rivière est moindre au premier qu'au troisième étage.

La quantité d'ozone recueilli séparément sur la cour et du côté de la rivière est, dans l'un et l'autre cas, moindre au premier qu'au troisième étage.

Un plan graphique rapprochant la courbe de l'ozone à Saint-Cloud de celle de l'ozone à Versailles, prouve que la marche de l'ozone est la même dans les deux localités.

Enfin, un état indiquant le nombre des malades par étage atteste que la somme des malades a été beaucoup plus forte au premier qu'aux autres étages.

PAPIER OZONOMÉTRIQUE. — Recherches et observations pratiques sur le papier ozonométrique, par M. *Deux-Ponts Bérigny* (de Versailles), médecin traitant à l'hôpital militaire de cette ville, vice-président de la Société météorologique de France, t. XIX, p. 372.

L'auteur déclare que dans la série des observations d'ozonométrie qu'il a entreprise depuis deux ans, il n'a pas tardé à s'apercevoir combien étaient incertains les résultats que donnait le papier ozonométrique de M. Schœnbein. Ce sont ces anomalies et les réflexions qu'elles lui ont suggérées qui font le sujet de ce troisième mémoire.

M. Deux-Ponts Bérigny, dans son travail, compare entre eux un grand nombre de divers papiers ozonométriques, mais il concentre surtout son attention sur ceux de M. Lerebours, du docteur Moffat et de M. Jame (de Sedan). Son intention est de faire sentir la nécessité d'un ozonomètre plus sûr et plus exact que celui de M. Schœnbein. Pour compléter ses investigations il veut comparer le papier de Schœnbein à lui-même, en opérant sur trois sortes de ces ozonomètres, préparés à des époques différentes, enfin il compare aussi à lui-même le papier Jame.

De l'ensemble de toutes ces comparaisons l'auteur constate :

Que les papiers Lerebours et Moffat doivent être éliminés, parce qu'ils présentent des résultats beaucoup plus incertains que le papier Schœnbein;

Que les papiers Schœnbein ne donnent pas des résultats identiques;

Que les différences qui existent entre les papiers Schœnbein, numéros 1, 2 et 3, sont dues soit, probablement, à la préparation chimique ou à un *modus faciendi* qui ne seraient pas toujours les mêmes, soit, certainement, à la nature du papier qui a reçu cette préparation.

Que le papier Jame est celui de tous qui offre les différences les plus constantes.

PARACENTHÈSE. — Traitement de la tympanite péritonéale au moyen de la paracenthèse, par M. *Hahn*, chirurgien aide-major au 6e régiment d'artillerie, t. III, p. 143.

PARMENTIER, *ancien pharmacien-inspecteur* (1). — Rapport inédit sur le pain des troupes, annoté par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XVIII, p. 406.

PASCAL, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne* (2). — Observation d'un cancer à la base du crâne, avec amaurose, t. XIV, p. 225.

PASQUIER, *chirurgien en chef de l'Hôtel des Invalides* (3). — Observation de fracture de l'omoplate recueillie dans son service, t. II, p. 289.

PASQUIER (le baron) (4). — Discours prononcé le jour de ses obsèques, par M. *Moizin*, médecin-inspecteur, t. II, p. 371.

PASTORET, *médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Constantine* (5). — Rapport médico-légal ayant pour but principal la constatation de taches de sang sur un burnous, t. XIX, p. 343.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Observations sur di-

---

(1) Décédé.

(2) Admis à la la retraite.

(3) Décédé médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

(4) Décédé médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

(5) Admis à la retraite.

verses questions de pathologie médicale, par M. *Vedrènes*, médecin aide-major de 2e classe au 21e léger, t. XIV, p. 203.

PEAU. — De l'emploi du sparadrap de Vigo dans le traitement de certains ulcères syphilitiques de la peau, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, chef du service à l'hôpital militaire de Nemours, t. XX, p. 386. — *Voy.* SPARADRAP.

PELLAGRE. — Observation d'un cas de pellagre, recueillie par M. *Miltenberger*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Mustapha (Algérie), t. VI, p. 28.

PELLETIER, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Sétif* (1).—Observation de plaie par arme à feu au genou et au tiers supérieur de la jambe, t. XI, p. 154. — Observation d'un cas de rage, t. XVIII, p. 120.

PELVEY, *aide-major à l'hôpital militaire de Philippeville* (2). — Observation d'arthrite du genou gauche, t. XI, p. 110.

PENTHIÈVRE. — Rapport sur l'épidémie de fièvres intermittentes dans la colonie de Penthièvre (subdivision d'Oran), par M. *Masnou*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVI, p. 106 à 150.

L'auteur passe successivement en revue les questions ci-après :

1° Topographie de Penthièvre; sa météorologie; ses causes locales d'insalubrité;

2° Population ; — ses éléments de composition ; conditions dans lesquelles sont arrivés les colons allemands; leur genre de vie et leur travail ;

3° État sanitaire général de la colonie pendant les années précédentes,

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) A quitté le service de santé militaire.

et notamment depuis le 7 novembre 1853, époque à laquelle les colons allemands sont arrivés à Penthièvre, jusqu'à la fin du deuxième trimestre 1854 ;

4° Etat sanitaire au 1er juillet ; — commencement de l'épidémie, ses causes, sa marche, son caractère ; accès pernicieux qu'elle a présentés ; méthode de traitement généralement employée ; observations médicales et individuelles à l'appui des faits mis en avant ; nosographie des autres principales affections pendant et après l'épidémie ;

5° Etat sanitaire des deux détachements du 70e de ligne pendant le deuxième et le troisième trimestre 1854 ;

6° Statistique, sous forme de tableau synoptique, du nombre de malades allemands et des divers types de la maladie épidémique, d'après l'âge et le sexe ; même tableau pour les malades du 70e de ligne ;

7° Conclusions : Améliorations demandées pour diminuer les chances d'une nouvelle épidémie.

PÉRIER (J.-N.), *chirurgien en chef de l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr* (1). — Observation d'un anévrysme faux consécutif de la carotide interne, t. XVIII, p. 311. — *Voy.* ANÉVRYSME.

PERIER (JULES), *médecin major de 1re classe* (2). — Histoire médicale du camp de Boulogne, t. XVIII, p. 1. — Des abcès du foie, considérations étiologiques à l'occasion d'un cas de guérison d'abcès hépatique, t. XIX, p. 70.

PÉRITOINE. — Observation d'abcès hématique de la rate ouvert dans le péritoine, observé sur un homme atteint de purpura, par M. *Vedrènes*, médecin aide-major de 2e classe au 21e léger, t. XIV, p. 213. — Traitement de la tympanite péritonéale par la paracenthèse, par M. *Hahn*, chirurgien aide-major au 6e régiment d'artillerie, t. III, p. 143.

PÉRITONITE. — Observation d'entéro-péritonite tuberculeuse avec perforation intestinale et formation d'un réservoir stercoral, par M. *A. Bertherand*, médecin principal de 2e classe, t. XII, p. 222.

---

(1) Médecin principal de 1re classe à l'Hôtel des Invalides.
(2) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Vincennes.

PETITET (E.), *médecin aide-major de 1re classe* (1). — Observations météorologiques faites à l'ambulance sédentaire de Laghouat (Algérie), pendant les mois d'août, septembre, octobre et novembre 1853, t. XIII, p. 423.

PETRONELLI, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rome* (2). — Observation de ligature de la carotide primitive pratiquée par lui, t. XIV, p. 319.

PHALSBOURG. — Analyse des eaux de cette ville, par MM. *Lévy*, pharmacien chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, et *Roger*, pharmacien aide-major de 1re classe au même établissement, t. XXII, p. 362.

PHLEGMASIES. — Des phlegmasies aiguës des organes respiratoires à Alger, par M. *Daga*, médecin aide-major à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XVII, p. 231.

L'auteur résume lui-même son travail en ces termes : Les phlegmasies aiguës des voies aériennes ne sont pas rares à Alger ; leur physionomie n'a rien de spécial ; leur nature est vraiment inflammatoire. Il n'y a pas lieu de leur appliquer un traitement particulier.

PHLEGMONEUSES (Affections). — Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains chez les soldats de l'armée d'Afrique, par M. *Scrive*, médecin principal de 2e classe, t. XII, p. 235.

PHOTOGRAPHIE. — De l'iodure de plomb photographique, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Teniet-el-Haad.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE. — Mémoire sur les relations qui existent entre l'oxygène consommé par le

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) Décédé.

spadice de l'arum italicum en état de paroxysme et la chaleur qui se produit, par M. *Garreau*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 310.

Dès 1777, de Lamarck avait constaté que le spadice de l'*arum italicum* possède à l'époque où la spathe commence à s'épanouir un degré de chaleur bien supérieur à celui de l'atmosphère. Depuis on constata le même phénomène sur le *colocasia odora*, le *caladium pinnatifidum*, l'*arum dracunculus* et l'*arum maculatum*.

L'auteur du Mémoire voulut aller plus loin que ses devanciers et il disposa un appareil qui lui permettait de mesurer à la fois la progression avec laquelle des spadices d'*arum italicum* consomment l'oxygène et la chaleur qui accompagne cet acte.

De ses expériences il résulte que la chaleur qui se manifeste dans le spadice de l'*arum italicum* croît avec la quantité d'oxygène que cet organe consomme dans un temps donné, et que l'intensité qu'elle acquiert s'explique par la composition organique du spadice.

PIEDS. — Trois observations de congélation des pieds, recueillies par M. ***Panzani***, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Sétif, t. I, p. 189. — Mémoire sur la congélation des pieds, par M. ***Tharsile Valette***, médecin principal à l'hôpital militaire de Lyon, t. XIX, p. 213.

PINGRENON, *médecin principal* (1). — Observation de plaie par instrument piquant et tranchant à la région pariétale droite du crâne, t. X, p. 336. — Observation de tænia recueillie en Afrique, t. XIII, p. 258.

PLAIES. — Mémoire sur le traitement des plaies d'armes à feu, par M. ***Baudens***, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. X, p. 98. — *Voy.* ARMES A FEU.

PLAIES. — Observations de deux plaies pénétrantes de la poitrine, par M. *Troy*, chirurgien-major de 1re classe au 16e régiment d'artillerie, t. X, p. 282 et 247. —

(1) Admis à la retraite.

Observation d'une plaie transversale du cou produite par un instrument tranchant et ayant divisé plus de la moitié de l'espace hyo-thyroïdien, par *le même, ib.*, p. 287. *Voy.* CHIRURGIE.

PLAIES. — Documents pour servir à la solution de plusieurs questions relatives au traitement des plaies par projectiles de guerre, recueillies dans son service sur les blessés d'Alma et d'Inkermann, par M. *Valette*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XV, p. 204. *Voy.* ARMES A FEU. — Observations de plaies par armes à feu, recueillies par M. *Masse*, médecin-major de 1re classe à l'armée d'Orient, t. XVI, p. 379. *Voy.* ARMES A FEU.

PLAIES. — Mémoire sur l'efficacité des applications continues de bandelettes de diachylon gommé dans le traitement des ulcères et des plaies, par M. *Bryon*, médecin aide-major au 2e régiment de cuirassiers, t. XX, p. 399. — *Voy.* BANDELETTES.

PLAIES DE TÊTE. — Observation d'une plaie au-dessus de la fosse temporale gauche, avec fracture du pariétal correspondant et issue de plusieurs portions de substance cérébrale; accidents produits par un coup de talon de botte armé d'un éperon, qui a pénétré en partie dans l'intérieur du crâne; par M. *Legendre*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Givet, t. VI, p. 146.

Un cuirassier du 2e régiment, d'une constitution vigoureuse, étant rentré à la caserne, vers midi et demi, le 14 août 1846, dans un état voisin de l'ivresse, eut une rixe avec un de ses camarades qui le frappa d'un violent coup de botte, de telle sorte que le talon, dirigé en avant, porta au-dessus de la région temporale gauche, où l'éperon, après avoir fracturé l'os sous-jacent, pénétra plus ou moins profondément dans l'intérieur du crâne.

Le blessé tomba sans connaissance et fut immédiatement transporté à l'hôpital où M. Legendre, aux soins de qui ce militaire fut confié, constata des symptômes dont la réunion était plus que suffisante pour expli-

quer la stupeur générale arrivée au dernier degré, et par induction la gravité de la lésion du cerveau.

M. Legendre chercha d'abord à réveiller la vie en quelque sorte éteinte et à rappeler la chaleur à la surface du corps, il recourut ensuite aux saignées locales d'abord, plusieurs fois répétées, et entretenues d'une manière continue, puis aux saignées générales, afin de désemplir les vaisseaux de l'encéphale et de modifier la circulation, enfin il eut soin de tenir le ventre libre au moyen de boissons et de lavements appropriés, et de rubéfier les extrémités inférieures tant pour y ranimer la chaleur que pour y attirer une fluxion capable de détourner celle qui se faisait au cerveau. Ce traitement méthodique fut suivi avec persévérance; des caillots de sang, des parcelles de substance cérébrale et des esquilles furent successivement éliminés. Les symptômes de coma se dissipèrent, le bras droit recouvra ses mouvements, le cerveau ses fonctions. Le régime devint graduellement plus substantiel, la cicatrisation s'opéra malgré l'invasion d'un érysipèle œdémateux sur les bords de la plaie, les paupières et les parties supérieures de la joue du côté gauche. Le malade reprit son embonpoint et ses forces, et il était sur le point de sortir définitivement de l'hôpital lorsqu'il fut atteint subitement, le 9 décembre à onze heures du matin, dans tous les muscles de la moitié droite du corps, de mouvements convulsifs qui durèrent au plus une minute, se manifestèrent de nouveau peu de temps après, mais ne s'accompagnèrent d'aucun trouble dans les facultés intellectuelles et ne laissèrent à leur suite qu'une chaleur générale, de la soif et de la céphalalgie. Une saignée du bras et des révulsifs sur les membres supérieurs et sur les voies digestives s'opposèrent au retour de ces phénomènes nerveux, et le 3 janvier 1847, ce militaire sortit, réformé, jouissant d'une bonne santé et ne conservant de cette grave lésion qu'une gêne à peine apparente dans l'expression de certains mots seulement, plus la cicatrice adhérente et enfoncée au niveau de la division de l'os.

PLAIES DE TÊTE. — Observation de plaie par instrument piquant et tranchant pénétrant de quarante-sept millimètres à la région pariétale droite du crâne, par M. *Pingrenon*, médecin principal, t. X, p. 336.

Un sapeur au 1er régiment du génie est apporté, le 1er mars 1847, à l'hôpital militaire de Tlemcen, vers neuf heures et demie du soir, un instant après avoir reçu, dans une querelle avec un de ses camarades, un coup de couteau dont la lame, large de 22 millimètres, avait pénétré perpendiculairement à la région antérieure et moyenne du pariétal droit, jusqu'à 57 millimètres de sa pointe peu affilée. L'instrument est resté implanté dans le crâne et n'a pu en être enlevé qu'au moyen de grands efforts. Une hémorrhagie provenant de rameaux artériels de l'extérieur plutôt que de l'intérieur du crâne s'est manifestée par la plaie après cette opération en sorte que le blessé, à son entrée à l'hôpital, avait la tête, la chemise et la poitrine ensanglantées.

Les symptômes qu'il présente sont ceux d'une apoplexie : strabisme, insensibilité de l'œil gauche, hémiplégie, puis accidents opiniâtres et plu-

sieurs fois récidivés d'encéphalo-méningite, que des saignées générales et locales répétées et des révulsifs sur l'intestin et les extrémités inférieures ont combattues fructueusement.

Le blessé sort de l'hôpital, le 29 avril, conservant encore dans le bras et la jambe une paresse qui diminue par degrés et ne lui permet qu'après deux mois et demi de reprendre un travail encore peu fatigant.

PLAIE. — Plaie du sinus longitudinal supérieur de la dure-mère, déterminée par une saillie osseuse ancienne et accidentelle; par M. *Hutin*, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, t. XIV, p. 232.

Un invalide nommé Kreps avait reçu, à la bataille d'Iéna, le 14 octobre 1806, plusieurs coups de sabre, dont un, au sommet du crâne; celui-ci avait fait, à environ 5 centimètres en arrière de la suture fronto-pariétale, une plaie de 7 à 8 centimètres, obliquement dirigée de droite à gauche et d'avant en arrière, répondant par son angle antérieur au pariétal droit, par le postérieur au pariétal gauche, et par sa partie moyenne à la suture bi-pariétale.

Depuis cette époque, Kreps était resté sujet à de fréquentes céphalalgies, surtout au temps des chaleurs, à la suite des mouvements musculaires violents et lorsqu'il se livrait à des excès alcooliques; dans ces dernières conditions, il avait éprouvé trois fois des souffrances vives au sommet de la tête et une tension assez forte dans la cicatrice du sommet du crâne. Du reste les plaies des os paraissaient solidement fermées et les lésions osseuses entièrement réparées.

Le 3 mars 1846, quarante ans environ après l'époque de ses blessures, cet invalide fit plusieurs séances dans les cabarets, s'égara hors Paris et tomba dans une carrière. Quand on l'apporta à l'infirmerie, il avait la cuisse gauche et la septième côte droite fracturées ; une plaie contuse profonde au menton, et une céphalalgie violente ; une pleuro-pneumonie droite s'établit consécutivement et, le 14 mars, pendant le traitement de ces diverses affections, un érysipèle, dont plusieurs cas existaient alors dans les salles, se manifesta au bras gauche du malade, gagna, du même côté, l'épaule, le cou, la nuque, la face et enfin les téguments du crâne.

Un abcès ne tarda pas à se déclarer dans la région parotidienne droite ; une incision en fit sortir environ quarante grammes de pus. Deux jours après, une fluctuation sensible au côté droit de la cicatrice du sommet du crâne fit croire à un nouvel abcès ; mais l'ouverture de cette tumeur ne donna issue qu'à du sang ; le lendemain les pièces d'appareil furent notablement imprégnées de ce liquide. Ne pouvant penser que cette hémorrhagie vînt de la plaie elle-même, M. Hutin ouvrit cette dernière plaie largement, fit des explorations et vit sourdre de l'épaisseur même de la paroi osseuse, à la base du bord interne de la plaie et d'une manière continue, du sang veineux qui lui permit de diriger un stylet mousse et délié dans le crâne par une légère ouverture, cachée par les parties molles et qui n'avait pas été reconnue aux pansements précédents.

Malgré un traitement énergique, l'état des voies respiratoires n'éprouva aucune amélioration, et, le 7 avril, Kreps succomba aux suites de la pleuro-pneumonie.

A l'autopsie, pour ne parler que de l'examen du crâne au point de vue de l'hémorrhagie, on trouva dans le sinus longitudinal supérieur un relief très-prononcé, dirigé d'arrière en avant et de gauche à droite comme la cicatrice du sommet du crâne, et provenant d'une forte esquille de la table interne des pariétaux.

Ce relief se terminait, en arrière et à gauche, par une épine aiguë et tranchante qui avait perforé la partie correspondante du sinus longitudinal supérieur, s'était fait jour dans son intérieur en coupant ou en déchirant ses fibres, et maintenait ainsi béante une petite ouverture de quatre millimètres environ.

L'auteur termine son travail par des réflexions sur les circonstances les plus remarquables de l'observation qu'il vient de rapporter.

PLANTES. — Mémoire sur la respiration des plantes, par M. *Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VII, p. 326. — Nouvelles recherches sur la respiration des plantes, par *le même*, t. VIII, p. 287. *Voy.* RESPIRATION DES PLANTES.

PNEUMONIE. — De la pneumonie d'Afrique, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital de Sidi-bel-Abbès, t. XI, p. 268.

Avant d'aborder son sujet, l'auteur présente des considérations générales sur les effets produits dans l'organisme par le climat algérien, qui, à la longue, finit par causer, soit par l'influence même du climat, soit par les maladies régnantes, des modifications telles que la constitution jouit d'une vitalité moins énergique, que les phlegmasies appartiennent à une diathèse moins inflammatoire, et que la pneumonie en particulier offre des allures moins vives et décidées, et des caractères qui la distinguent de la pneumonie des pays tempérés. Ces modifications de la pneumonie d'Afrique sont en raison composée des sites, de l'état de l'organisme de l'individu atteint, de son séjour plus ou moins prolongé sous un climat chaud affecté de maladies endémo-épidémiques, et ses caractères spéciaux seront d'autant plus tranchés que les modifications auront été plus profondes. Ainsi, l'individu nouvellement débarqué offrira une pneumonie à peu près identique à celle que l'on rencontre en France. C'est ce qu'on observe dans la première saison médicale, au printemps. Dans la deuxième saison (juillet, août et septembre), les symptômes de réaction sont déjà plus faibles. Dans la troisième (octobre, novembre, décembre, janvier et février), l'organisme, qui a déjà subi l'action des chaleurs, a acquis son *summum* de débilitation. Les résultats seront bien autrement accentués, s'il s'introduit dans le sang, déjà

altéré par le climat, un principe morbide, tel que le toxique paludéen. C'est alors que la pneumonie, dans un organisme ainsi modifié, offrira de grands changements dans son évolution, dans ses symptômes, dans sa marche et dans sa terminaison.

M. Catteloup divise en quatre groupes les quinze observations qui font la base de ce travail :

1° Pneumonies franches survenant chez des individus très-peu modifiés par le climat;

2° Pneumonies à caractère inflammatoire, modifiées par le climat seul et par les maladies presque exclusivement développées sous son influence;

3° Pneumonies accompagnées de fièvres d'accès ou paludéennes;

4° Pneumonies survenues dans la cachexie paludéenne.

1° Pneumonies du premier groupe.

Elles diffèrent déjà notablement des pneumonies de France pour leur expression symptomatologique, mais surtout pour les exigences thérapeutiques. On sera plus sobre d'émissions sanguines, sous peine de jeter dans l'anémie et dans la prostration, et de livrer ainsi en victimes des individus qui auront plus tard à subir les influences nouvelles et perturbatrices des chaleurs, du miasme paludéen, à braver la dyssenterie et les affections hépatiques.

2° Pneumonies du deuxième groupe.

La pneumonie s'accompagne de diarrhée ou de dyssenterie, plus rarement d'hépatite. Bien souvent ce n'est pas une simple juxta-position, mais une véritable combinaison, une maladie complexe, résultant de la fusion de deux éléments morbides. La pneumonie est souvent obscure, tardivement reconnue. Plusieurs signes ont fait défaut, et on ne la reconnaît quelquefois qu'arrivée au deuxième degré. Une seule saignée, et des émissions sanguines locales suffisent en général dans ces pneumonies accompagnées de peu de réaction, d'une fièvre médiocre. Si la pneumonie marche avec une hépatite, la saignée sera plus franchement indiquée. Le tartre stibié est inopportun ou nuisible quand il existe un flux intestinal, tandis que le kermès rend les plus grands services. En général, dans toute pneumonie d'Afrique développée chez un sujet déjà modifié par le climat ou par l'endémo-épidémie, il faut faire immédiatement suivre les antiphlogistiques de l'emploi des antimoniaux. Les révulsifs interviendront également de bonne heure; car, d'une part, il est rare que la suracuité s'oppose à leur emploi, et, d'autre part, l'évolution de ces pneumonies est fort rapide : vite tombe le mouvement fébrile, vite commence la résolution, et, dans ces circonstances, elle est puissamment aidée par des révulsifs.

3° Pneumonies accompagnées de fièvres d'accès ou paludéennes.

Souvent, dans ces pneumonies, comme dans celles du groupe précédent, le caillot n'a point de couenne. On sera sobre de saignées, les antimoniaux

suivront les antiphlogistiques, et le sulfate de quinine marchera parallèlement avec cette thérapeutique. M. Catteloup a la franchise d'avouer qu'ayant négligé dans un cas un premier accès survenu pendant le cours d'une pneumonie, il survint un deuxième accès avec le caractère pernicieux, contre lequel le sulfate de quinine fut aussitôt largement donné; mais qu'il ne put prévenir le troisième accès, qui emporta le malade. La fièvre n'influence pas favorablement la pneumonie dans aucun cas, tandis que la réapparition d'un flux intestinal, qui s'était apaisé sous l'influence de la pneumonie, où son exacerbation momentanée, exercent une incontestable et salutaire influence sur la phlegmasie pulmonaire, en opérant une sorte de révulsion, de dérivation, de spoliation sur la surface intestinale. Mais chez les sujets affaiblis par une pneumonie déjà ancienne la dyssenterie ou la diarrhée ne sont plus que d'ultimes et funestes complications qui hâtent le terme fatal.

4° *Pneumonies survenues dans la cachexie paludéenne.*

Affections le plus souvent latentes, obscures, insidieuses, sans fièvre, qu'on doit deviner à un signe et qu'il ne faut presque pas traiter. Si les pneumonies existent avec une profonde détérioration organique, il ne faut ni saigner, ni appliquer des sangsues ou même des ventouses scarifiées, mais exciter, tonifier, relever les forces par tous les moyens possibles; car le mal local n'est ici presque rien en comparaison de l'état général. Il faut avant tout mettre l'économie dans le cas de procéder à la résolution de l'affection pulmonaire.

SYMPTOMATOLOGIE.

La pneumonie de France, marchant avec le cortége complet de tous les signes rationnels et physiques, est en Afrique presque inconnue : prodrômes peu marqués, courts, fugitifs, latents; douleur souvent absente; la toux ne manque presque jamais, mais l'expectoration est très-inconstante, n'existe même pas; elle est rarement caractéristique et fortement sanglante; la dyspnée n'est pas toujours proportionnée à l'intensité du mal; la circulation ne se trouble pas aussi violemment qu'en France, et la fièvre peut manquer; le pouls est même ralenti dans certains cas de concomitance avec l'ictère. A la percussion et à l'auscultation, aucun signe n'est constant. Quelquefois la matité et le souffle tubaire sont les premiers phénomènes qu'on saisit, les crachats sanglants ayant manqué, et la pneumonie ayant succédé à une bronchite, dont les râles sonores ont étouffé les râles crépitants. Dans le cas où le râle crépitant a passé inaperçu et quelquefois même n'a pas existé, le râle de retour est saisi par l'oreille, lorsque la révolution s'effectue; mais il est souvent mêlé de râles souvent plus gros, plus irréguliers, plus humides, se rapprochant du râle sous-crépitant. Ces râles sont difficilement perçus dans les pneumonies centrales, lobulaires. Abstraction faite de celles-ci, c'est la matité et le souffle tubaire, qui sont les signes les moins inconstants.

La marche de la pneumonie d'Afrique, souvent rapide, est irrégulière.

On ne saurait déterminer sa durée avec exactitude et sa terminaison est subordonnée à sa gravité et à l'intensité des complications qui en ont altéré la physionomie.

DIAGNOSTIC.

On a pu voir, par la description des symptômes, combien le diagnostic était difficile, non-seulement parce que les signes peuvent manquer individuellement, mais parce qu'ils peuvent faire presque tous défaut à la fois, ou être très-peu prononcés.

PRONOSTIC.

Le pronostic absolu de la pneumonie d'Afrique doit être basé moins sur le degré, l'intensité, le siége, la marche plus ou moins rapide de l'inflammation locale, que sur les formes et les variétés qu'elle présente. La mortalité n'a été que de 1 sur 12.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Chez les individus profondément modifiés, chez les cachectiques, l'hépatisation franche est rare. La carnification et la splénisation sont beaucoup plus fréquentes. Souvent c'est un mélange d'anémie, d'œdème, d'ecchymoses, de congestions, de noyaux apoplectiques, d'hépatisation dure ou molle, de granulations grises et sanieuses de tissu, nets à la coupe, de tissus granulés à la section, parsemés de rouge, de brun, de gris, de bleu, etc.; toutes altérations qui semblent chacune la traduction des éléments qui entrent dans la composition de la maladie complexe, et qui trahissent les produits multiples regardés comme incompatibles, et néanmoins co-existants, de la phlegmasie, de la débilité, des congestions actives, et des infiltrations scorbutiques.

Cet article est remarquable non-seulement par l'anatomie pathologique, mais comme pathologie, voire même comme doctrine.

TRAITEMENT.

Une médecine rationnelle, analysant tous les éléments, les prenant en considération pour la thérapeutique, consultant et l'état et la lésion locale, vient ordinairement à bout de ces pneumonies dans un assez court espace de temps. Il n'est pas ici question des pneumonies survenant chez des sujets épuisés par la cachexie.

PNEUMONIE. — Recherches sur deux formes peu connues de la pneumonie, par M. *Suret*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XV, p. 100.

PNEUMONIE. — Observation de pneumonie typhoïde

terminée par la mort, recueillie à l'hôpital de Sarreguemines, par M. *Bernier*, médecin aide-major, chef du service médical, t. XV, p. 163.

POGGIALE, *pharmacien-major, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille* (1).—Nouvelles combinaisons de cyanure de mercure, t. I, p. 340. — Recherches chimiques sur le sang, t. V, p. 261. — Note sur le dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, et détermination de la richesse du lait, *ib.*, p. 275. — Mémoire sur les eaux minérales de Viterbe (États-Romains), t. IX, p. 308. — Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris, t. XI, p. 334. — Du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, et de la composition chimique du son, t. XII, p. 351. — Analyse de l'eau minérale acidule ferrugineuse d'Orezza, t. XIII, p. 433. — Analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie, t. XIV, p. 363. — Origine du sucre dans l'économie animale, t. XV, p. 344. — Recherches sur la composition de l'eau de la Seine à diverses époques de l'année, t. XVI, p. 421. — Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, t. XVII, p. 410. — Annotation d'un rapport de Parmentier sur le pain des troupes, t. XVIII, p. 406. — Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme, *ib.*, p. 451. — Analyse des eaux minérales sulfureuses d'Amélie-les-Bains (bains d'Arles), t. XXII, p. 460.

POIS CHICHES, POIS SECS. — *Voy.* Aliments.

POISONS. — De la présence des poisons minéraux dans le système nerveux à la suite des empoisonnements aigus, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major,

(1) Pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

t. VIII, p. 266. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, par *le même*, *ib.*, p. 270. *Voy.* TOXICOLOGIE. — Note sur divers cas d'empoisonnement en Algérie par des fruits de redoul (*coriaria myrtifolia*), t. XII, p. 232.

POITRINE. — Recherches sur la capacité de la poitrine, par M. *Champenois*, médecin aide-major de 1re classe au 7e de ligne, et note sur ce travail, t. XII, p. 46. — *Voy.* CAPACITÉ DE LA POITRINE.

POLYDIPSIE. — Analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XIV, p. 363.

La polydipsie est considérée par les uns comme une perversion du sentiment de la soif, sans lésion organique ; par les autres comme une maladie dans laquelle l'eau en traversant l'économie entraîne une plus grande quantité de matériaux solides que l'urine et affaiblit peu à peu les individus.

Un militaire, atteint de cette maladie, étant entré dans le service de M. Godelier, M. Poggiale a saisi avec empressement l'occasion d'analyser son urine.

Cet homme n'ingérait pas moins de 25 à 30 litres de boisson dans les vingt-quatre heures, encore se retenait-il ! On tenta successivement sur lui l'emploi de différentes médications sous l'influence desquelles il se manifestait pendant deux ou trois jours une diminution notable de la soif, diminution qui malheureusement ne se maintenait pas.

L'analyse de son urine a été tentée à plusieurs reprises, et si on compare les résultats obtenus avec les chiffres qui représentent l'urine normale de l'homme, on remarque :

1o Que la totalité de l'urine rendue dans l'espace de vingt-quatre heures est 17 fois plus considérable que dans l'état normal ;

2o Que la densité de cette urine n'est que de 1,0015, c'est-à-dire bien plus faible que celle de l'urine normale ;

3o Que pour 1,000 grammes d'urine la proportion d'urée n'est que de 0,642 tandis qu'elle s'élève à 12 grammes en état de bonne santé ;

4o Que la quantité d'acide urique n'est que de 0,035 au lieu de 0,6.

5o Que les matières fixes sont 0,715 au lieu de 12 grammes ;

6o Que la quantité des matières solides contenues dans l'urine de vingt-quatre heures est sensiblement la même que celle de l'urine normale.

Il résulte de ce fait remarquable que, dans le cas de polydipsie, l'urine n'enlève pas à l'économie une proportion plus considérable de matières

organiques et inorganiques que chez l'homme sain; cette affection ne doit donc être considérée que comme un acte physiologique exagéré, accompagné de névrose.

POMMADE D'HYDRIODATE DE POTASSE. — *Voy.* STOMATITE.

POTASSE (CHLORATE DE).—Note sur son emploi dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, par M. *Bergeron*, médecin des hôpitaux civils de Paris, médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule, t. XVI, p. 1. — *Voy.* CHLORATE DE POTASSE.

POTIER-DUPLESSY, *médecin aide-major de* 1re *classe* (1). — Note sur les symptômes de la cérébellite, t. XIV, p. 126. — Note sur une épidémie de panaris et autres inflammations du tissu cellulaire et de la peau, observée à Nemours (province d'Oran), en août et septembre 1855, t. XVII, p. 98. — Documents relatifs au tænia en Algérie, *ib.*, p. 219. — Observation de tumeur blanche du genou droit chez un Arabe, amputation de la cuisse, guérison, t. XVIII, p. 372. — De l'emploi du sparadrap de Vigo dans le traitement de certains ulcères syphilitiques de la peau, t. XX, p. 386.

POULLAIN, *chirurgien-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Lyon* (2). — Mémoire sur le traitement de la blenno-urétrite, t. I, p. 203.

POURRITURE D'HOPITAL. — De la pourriture d'hôpital, par M. *Bonnard*, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de Constantinople, t. XVI, p. 302.

M. Bonnard a étudié la pourriture d'hôpital dans les établissements hospitaliers de Constantinople et donne dans ce travail les résultats de ses observations et de son expérience.

---

(1) Médecin major de 1re classe dans le service hospitalier.
(2) Admis à la retraite.

Après avoir défini cette affection et en avoir fait connaître l'anatomie pathologique sous le rapport des lésions générales des organes, et sous celui des désordres locaux produits dans chaque tissu, l'auteur classe les documents qu'il a recueillis et s'occupe successivement dans des articles distincts :

De l'incubation de la pourriture d'hôpital, que le développement de la maladie après un séjour de quelque durée dans un établissement où elle n'existait pas, et certains phénomènes anormaux dans l'état des plaies lui ont fait paraître avoir une période moyenne de huit jours, quelquefois de deux septenaires.

Des prodrômes locaux et généraux, sur lesquels le développement et l'intensité de la douleur ont la plus grande influence, *et de l'invasion.*

Des symptômes, qui font admettre à l'auteur deux formes dans la pourriture d'hôpital : la forme ulcéreuse et la forme pulpeuse ou couenneuse, et *de la marche de la maladie*, qui à partir de l'invasion devient très-rapide et désorganise d'autant plus vite les diverses parties du corps humain qu'elles contiennent une plus grande proportion de tissu cellulaire, d'où il résulte que l'ulcération gagne plus en surface qu'en profondeur, et que la résorption, ainsi favorisée, réagit promptement sur l'économie tout entière.

Du diagnostic, dont la certitude repose sur des phénomènes spéciaux qui ne permettent pas de confondre la pourriture d'hôpital avec la gangrène, l'ulcération syphilitique, scorbutique ou cancéreuse.

Du pronostic, dont la gravité variera selon le siége et la nature des blessures, selon les conditions d'hygiène qui entourent les blessés et selon l'influence plus ou moins favorable et plus ou moins rapide qu'exercent sur eux des moyens thérapeutiques.

De l'étiologie, qu'il regarde comme spécifique et qu'il fait consister dans une inoculation miasmatique localisée.

Enfin *du traitement*, qui est complexe, et qui, suivant les indications, sera à la fois interne ou général, externe ou local.

Dans le traitement général, l'auteur énumère toutes les ressources de l'hygiène et de la médecine, et dans le traitement local, il rappelle les nombreux agents de la matière médicale qui ont été employés comme topiques et parmi lesquels il place en première ligne, comme étant les plus efficaces : la teinture d'iode et les irrigations d'eau froide.

M. Bonnard fait suivre son travail sur la pourriture d'hôpital de la relation succincte de douze faits pathologiques recueillis dans les hôpitaux de Constantinople et qui renferment ses observations et ses remarques sur cette grave maladie.

POURRITURE D'HOPITAL. — Considérations sur la forme pulpeuse ou couenneuse de la pourriture d'hôpital, par M. *Bonnard*, médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de Constantinople, t. XVII, p. 372.

L'auteur déclare d'abord que pendant plus de trois mois, dans les premiers temps de l'épidémie de pourriture d'hôpital, les symptômes de la forme ulcéreuse ou noire ont été si tranchés et si permanents qu'il avait dû les considérer comme l'expression unique et véritablement caractéristique de cette affection, mais que depuis lors, dans la deuxième phase de l'épidémie, les phénomènes locaux ont tellement varié et se sont rapportés d'une manière si générale à la forme pulpeuse, ou couenneuse, ou blanche, que de nouveaux documents sont devenus nécessaires pour servir de complément à son premier mémoire et embrasser sous toutes ses faces un sujet dont, sans cette addition, une notable partie resterait dans l'ombre.

La méthode suivie par l'auteur dans son deuxième mémoire est celle qu'il avait adoptée dans son premier travail.

La *définition* reste la même.

L'*anatomie pathologique* ne varie que dans l'aspect et la nature de l'ulcération.

La *durée* de la période d'incubation n'a pu être déterminée d'une manière précise; chez quelques malades elle a paru varier entre trois et six jours.

Les *prodrômes* n'ont rien de particulier.

L'*invasion* est brusque, et le plus souvent la forme blanche débute d'emblée; quelquefois elle est précédée de la forme noire aiguë, et se revêt d'autres caractères que sous l'influence du traitement.

Les *symptômes généraux* ont été plus marqués dans la seconde phase de l'épidémie que dans la première; la diarrhée était constante, la douleur très-vive chez presque tous les malades, et le mouvement fébrile continu.

Ce qui frappe tout d'abord parmi les *symptômes locaux*, c'est la couche d'un blanc plus ou moins sale qui recouvre la plaie complétement, ou dans une certaine partie de son étendue, et qui, au lieu de se détacher en bloc des parties auxquelles elle adhère, devient, au contraire, friable par places, et dans la direction de faisceaux musculaires et de lignes celluleuses.

La *marche* de la forme blanche est très-rarement rapide, et *sa durée* est tout à fait en rapport avec la lenteur habituelle de son développement.

Ce qui a été dit du *pronostic*, de l'*étiologie* et de la *terminaison* à l'occasion de la forme ulcéreuse s'applique également à la forme pulpeuse, et le *traitement* a été le même pour l'une que pour l'autre.

Pour mieux faire distinguer la pourriture noire ou aiguë de la pourriture blanche ou chronique, l'auteur termine son travail par la relation de quelques cas de l'une et de l'autre de ces deux formes.

POURRITURE D'HOPITAL. — Quelques considérations sur le traitement de la pourriture d'hôpital épidémique, par M. *Maupin*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Bayonne, t. XX, p. 368.

M. Maupin pose en principe que les résultats du traitement de la pourriture d'hôpital varient, dans une proportion extrême, selon que cette

affection est sporadique ou épidémique et que l'intervention chirurgicale, tout ingénieuse qu'elle puisse être dans le choix et l'application de ses moyens thérapeutiques, lutte souvent avec peine contre celle-ci.

Cette proposition conduit l'auteur à rechercher dans quelles conditions se développe et se perpétue la pourriture d'hôpital dans nos établissements en campagne. Il admet d'abord comme essentiellement favorable au développement de cette maladie l'encombrement joint au confinement de l'air. Mais il rapporte des faits dont il a été témoin à l'hôpital de l'ambassade russe et qui ont pour conséquence d'établir que la pourriture d'hôpital peut se créer d'elle-même dans des conditions bien différentes de celles dont il est parlé plus haut, et que la réunion d'un certain nombre de blessures graves, dans des locaux bien situés et bien disposés d'ailleurs, peut suffire à son développement.

La question, selon lui, serait donc, avant tout, pour l'origine du mal comme pour son traitement, une question d'espacement et d'air ; il ajoute que l'encombrement est absolu ou relatif, que ce qui peut suffire dans nos hôpitaux sur le pied de paix aux maladies qui y sont habituellement traitées, ne va plus aussi bien aux lésions ou aux affections presque toujours exceptionnelles de la guerre ; en un mot que les besoins hygiéniques des ambulances et des hôpitaux temporaires croissent, non-seulement avec le nombre des malades, mais encore avec la gravité des cas et avec la succession non interrompue de ceux-ci dans le même lieu.

M. Maupin cite également des faits qui ont pour but de prouver que la pourriture d'hôpital peut aussi être apportée dans les salles de blessés, s'y propager et s'y maintenir par contagion et par infection.

Les considérations exposées par l'auteur se résument dans cette conclusion : Il faut au blessé en campagne d'autant plus d'espace et d'air qu'il est plus gravement blessé. C'est à cette condition seulement qu'on peut espérer qu'il sera préservé de la pourriture d'hôpital.

M. Maupin fait observer que pour bien comprendre l'instabilité des résultats du traitement en matière de pourriture d'hôpital épidémique, il ne faut pas perdre de vue que, si celle-ci peut être une affection essentiellement locale, elle est souvent aussi, en campagne, l'expression d'une modification générale de l'économie, d'une véritable intoxication, à l'égard de laquelle les moyens communément héroïques contre la pourriture d'hôpital isolée sont sans action, ou ne donnent qu'un bénéfice momentané.

Dans la pourriture d'hôpital épidémique, il est utile, selon l'auteur, de reconnaître une marche aiguë et une marche chronique, cette distinction importe surtout au choix des moyens à employer. A la marche aiguë répondraient les formes putrilagineuse et pulpeuse. A la marche chronique, la forme ulcéreuse consécutive aux deux précédentes.

Dans les formes putrilagineuse et pulpeuse, les moyens les plus propres à arrêter le mal dans ses progrès, préparer la chute des parties mortifiées, hâter leur élimination et activer le travail de réparation sont le feu, l'acide sulfurique et le perchlorure de fer. A son avis l'acide azotique est beaucoup moins sûr que l'acide sulfurique.

L'escarre une fois éliminée, le styrax et le vin aromatique ont paru à l'auteur les topiques les plus convenables pour entretenir la plaie dans un

degré d'activité favorable à la cicatrisation. Si celle-ci traîne en longueur il recommande l'acide citrique, le camphre, le quinquina et le charbon en poudre, seuls ou réunis, la teinture d'iode, l'azotate d'argent et au besoin l'acide azotique pour donner une impulsion nouvelle au travail cicatriciel.

Dans la forme ulcéreuse, M. Maupin préfère le perchlorure de fer à l'acide sulfurique. Il est d'avis que l'énergie de la médication n'est plus aussi impérieusement exigée que dans les deux autres formes de la pourriture d'hôpital, mais il se garde bien de séparer l'état local de la blessure de l'état général du blessé, et demande que celui-ci soit entouré des conditions d'hygiène les plus favorables.

PRAT (E.), *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Bayonne* (1). — Observation d'un cancer à la base du crâne avec amaurose, t. XIV, p. 225.

PROJECTILES DE GUERRE. — *Voy.* ARMES A FEU.

PROTUBÉRANCE ANNULAIRE. — Apoplexie de la protubérance annulaire ; paralysie, effet croisé, par M. *Cuvellier*, chirurgien-major au 62e de ligne, t. XI, p. 262.

PRUDHOMME, *chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Biskara* (2). — Observation d'ostéite tuberculeuse au tibia droit, t. IV, p. 326.

PTYALISME. — *Voy.* STOMATITE.

PUITS ARTÉSIENS. — Notice sur les puits artésiens de l'Oued-R'rir, par M. *Baelen*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 74.

PUJADE-ANJON, *chirurgien-major au 51e de ligne* (3). — Observation d'hydrophobie observée sur un fourrier du 61e de ligne en garnison à Philippeville, t. XVII, p. 118.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) Médecin-major de 1re classe dans le service hospitalier.
(3) Admis à la retraite.

Q

QUESNOY, *chirurgien aide-major au 3e de spahis* (1). — Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Zaatcha, t. VI, p. 233. — Notice médico-chirurgicale sur l'armée d'Orient, t. XX, p. 241, et t. XXI, p. 193.

QUININE. — Action de l'acide carbonique sur la quinine et la cinchonine, formation du carbonate de quinine cristallisé, par M. *Langlois*, pharmacien principal de 1re classe à l'Hôtel des Invalides, t. XIII, p. 428. — Note sur un procédé simple pour doser et reconnaître la salicine contenue dans un sulfate de quinine fraudé par cette substance, par M. *Bourlier*, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. XIX, p. 331. — *Voy.* SALICINE.

R

RADAT, *chirurgien aide-major* (2). — Fragments de la clinique chirurgicale de M. *Sédillot*, chirurgien en chef de l'hôpital d'instruction de Strasbourg, t. I, p. 92. — Des avantages de l'appareil à fracture de jambe de M. Baudens, t. VIII, p. 133.

RAGE. — Observation d'un cas de rage, par M. *Tellier*,

---

(1) Médecin-major de 1re classe dans le service hospitalier.
(2) Admis à la retraite.

médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Bône, t. XVII, p. 114. — Observation d'hydrophobie observée sur un fourrier du 61e de ligne, par M. *Pujade-Anjon*, chirurgien-major au 51e de ligne, *ib.*, p. 118. — Observation de rage recueillie par M. *Pelletier*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Sétif, *ib.*, p. 120. — Cas d'hydrophobie chez une femme mordue par un chien enragé, par M. *Lelouis*, chirurgien aide-major au dépôt du train des équipages à Orange, *ib.*, p. 133. — Observation d'un cas de rage recueillie par M. *Dissez*, chirurgien-major au 61e de ligne, *ib.*, p. 136. — Hydrophobie rabique communiquée à une négresse et à un Français par un chien et un chat, observée par M. *Dussourt*, médecin ordinaire à l'armée d'Afrique, *ib.*, p. 138, 143. — Observation de rage recueillie par M. *Meilhan*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Cherchell, *ib.*, p. 162. — Observation d'un cas d'hydrophobie, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, *ib.*, p. 165. — Extrait du rapport de l'hôpital militaire de Bône, sur un cas d'hydrophobie rabique, par M. *Morgue*, chirurgien en chef, *ib.*, p. 168. — Observation de rage, par M. *Mouchet*, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Bône, *ib.*, p. 169. — Observation de rage recueillie par M. *Morelle*, aide-major à l'hôpital militaire de Tenès, *ib.*, p. 171. — Observation d'un cas de rage développée soixante-huit ou soixante-dix jours après une morsure faite par un chien arabe suspect, par M. *Judas*, médecin principal de 2e classe à Orléansville, *ib.*, p. 175. — Observation d'hydrophobie rabique déclarée après cent trente jours d'incubation chez un enfant, par M. *Guipon*, médecin aide-major de 1re classe à Mostaganem, *ib.*, p. 181. — Observation sur une hydrophobie spontanée suivie de la rage, par *Nicolas Maugra*, chirurgien de 3e classe à l'hôpital militaire de Zurich, *ib.*, p. 194.

RAMOLLISSEMENT. — Ramollissement chronique de l'hémisphère cérébral droit, observation recueillie dans

(1) Médecin-major de 2e classe à l'artillerie montée de la garde impériale.

santé à l'effet de guider les troupes dans la composition de leur régime alimentaire, t. V, p. 343.

RENARD (N.-L.), *chirurgien aide-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de* **Phalsbourg** (1). — Observation d'ostéite articulaire du genou droit (tumeur blanche), t. XI, p. 178.

RÉSECTION. — Résection de la mâchoire supérieure droite, d'une portion du maxillaire gauche et des os voisins, par M. *A. Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. VIII, p. 180.

Un hussard du 4e régiment est envoyé de Haguenau à l'hôpital de Strasbourg, le 26 février 1851. Ce militaire porte au niveau de l'arcade dentaire supérieure droite, et derrière elle, une tumeur oblongue, ovoïde, dépressible, mais non fluctuante et non pulsatile au toucher; la saillie qu'elle forme a détaché la muqueuse palatine, qui atteint le sommet des dents correspondantes et commence à les dépasser sur quelques points.

Les renseignements commémoratifs apprennent que ce militaire fit en 1844 ou 1845 une violente chute de cheval sur le front, que cet accident n'eut pas de suites immédiates, mais qu'environ deux ans et demi après, des douleurs se manifestèrent dans la joue, et une petite tumeur se montra au palais et fit de continuels progrès malgré qu'on y ait pratiqué à de longs intervalles deux incisions et une ponction exploratrice qui donnèrent issue à une certaine quantité de sang vermeil.

M. Sédillot, chirurgien en chef, inspecta les parties malades et jugea à la situation de la tumeur, à son aspect et à sa tendance à s'accroître, que son ablation était indispensable.

M. Bertherand, à qui ce militaire fut confié, le mit au régime préparatoire des grandes opérations et le laissa d'abord se reposer et s'acclimater au séjour de l'hôpital. Le 11 mars, les douleurs s'aggravant et la tumeur semblant augmenter de volume, l'opération fut fixée au 13 mars, à huit heures du matin. Elle eut lieu en présence des officiers de santé de l'hôpital et de la garnison. L'auteur indique les motifs qui lui font préférer le procédé revendiqué par MM. Lizars et Gensoul, et donne dans tous leurs détails les diverses phases de cette importante opération, dont la durée fut de plus d'une heure et pendant laquelle le chloroforme ne laissa pas au patient un seul instant de sensibilité.

M. Bertherand fait connaître le poids, la forme, l'étendue et les caractères physiques et microscopiques de la tumeur, dont la nature ne put

(1) Médecin-major de 2e classe au 71e de ligne.

être rigoureusement déterminée, et rapporte les suites de l'opération qui ne présentèrent rien de particulier, si ce n'est une hémorrhagie qui se déclara deux fois dans la bouche à douze jours d'intervalle, et la marche rapide de la cicatrisation qui permit à l'opéré de retourner à son régiment vers la fin de mai.

RÉSECTION. — Mémoire sur la résection de la tête de l'humérus d'après un nouveau procédé opératoire (lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 février 1855), par M. *Baudens*, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, ex-chirurgien en chef, ex-professeur au Val-de-Grâce, t. XV, p. 171.

L'auteur, dans son exposition, établit comme principe général et fondamental que l'opérateur doit s'inspirer des nouvelles découvertes et tendre toujours à agrandir le cercle de la chirurgie conservatrice. C'est le but qu'il a lui-même constamment poursuivi de tous ses efforts dans ses ouvrages et dans sa pratique, et qu'il poursuit encore en publiant son Mémoire sur la résection de la tête de l'humérus.

Dans sa pensée, la résection a sur l'amputation le grand avantage de bien moins affecter le moral du blessé, de porter dans l'économie une perturbation moins profonde, de livrer à l'inflammation traumatique des surfaces moins étendues, de se prêter mieux à la réunion immédiate.

Bien que la résection de la tête de l'humérus date déjà de plus d'un siècle, l'auteur reconnaît que l'opinion n'est pas encore bien fixée sur sa valeur, et oppose à l'avis de ceux qui accusent cette opération de réduire le bras à l'impuissance, les succès qu'il a obtenus toutes les fois que la résection est restée limitée à la tête de l'humérus; cependant, dans l'appréciation du rétablissement des mouvements du bras, l'auteur fait observer qu'il faut tenir compte des changements survenus dans la nouvelle articulation scapulo-humérale, qui, au lieu d'une arthrodie, représente un ginglyme.

Deux indications, selon lui, doivent être rigoureusement remplies pour obtenir une articulation de nouvelle création :

L'une, de maintenir, tout le temps du traitement, l'humérus au contact immédiat, sinon de la cavité glénoïde de l'omoplate, à celui du bord axillaire de cet os, et le plus près possible de la surface articulaire; l'autre, de ménager le plus qu'on peut les fibres musculaires et les nerfs du moignon de l'épaule.

A ce dernier point de vue, M. le médecin inspecteur Baudens n'hésite pas à se prononcer contre la méthode à lambeau et à préférer l'incision, avec cette réserve qu'au lieu de la placer au côté externe de l'épaule, à l'imitation de White, ou sur la partie médiane, comme Percy, Larrey, etc., il la fait au côté interne pour des motifs importants qu'il expose avec détails et qui le conduisent à décrire en entier les cinq temps de son procédé opératoire.

Après ces préliminaires, l'auteur examine sous toutes ses faces l'opération qu'il préconise, en étudie les conséquences dans les divers cas qui peuvent se présenter, et donne la solution motivée de plusieurs questions qui s'y rattachent, à savoir :

Quelles limites convient-il d'assigner à la résection de la tête de l'humérus ?

Quand la fracture s'étend de la tête de l'humérus vers la diaphyse de l'os dans la cavité médullaire, est-ce un cas d'amputation?

L'indication de resequer la tête de l'humérus lorsqu'une balle l'a entamée est-elle absolue ?

La résection immédiate doit-elle être préférée à la résection consécutive ?

Il explique ensuite anatomiquement comment la nouvelle articulation scapulo-humérale est un ginglyme au lieu d'une arthrodie, et comment ce ginglyme est d'autant plus puissant que le muscle deltoïde d'une part, que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond d'autre part, ont conservé leur plus complète intégrité.

Il termine en citant, à l'appui de sa manière de voir, les observations des cas les plus remarquables de résection de la tête de l'humérus qui se sont présentés dans sa pratique, et les résultats heureux qu'il a obtenus de cette opération.

RESPIRATION DES PLANTES. — Mémoire sur la respiration des plantes, par M. *Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VII, p. 326.

M. Garreau avait constaté que les feuilles, sous l'influence des rayons solaires et d'une température de 40° à 44°, exhalent de notables quantités d'acide carbonique. Il était intéressant de rechercher si ces organes en dehors de l'action directe de la lumière agiraient d'une manière analogue, et dans ce but de nombreuses et intéressantes expériences furent instituées. Dans l'impossibilité de les rapporter toutes, nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement les conclusions que M. Garreau a cru devoir en tirer :

1° Les feuilles et les parties vertes des plantes font des inspirations d'oxygène le jour, à l'ombre et par les temps sombres ;

2° L'oxygène inspiré se transforme dans les conditions précitées en acide carbonique qui est partiellement expiré ;

3° Les feuilles détachées donnent des résultats semblables à ceux qu'elles fournissent quand elles restent fixées à la tige ;

4° L'acide carbonique qu'elles expirent se montre en quantité d'autant plus notable que la lumière à laquelle elles sont soumises est moins intense ;

5° L'abaissement de la température, en paralysant plus ou moins promptement les mouvements du fluide vital, diminue ou arrête l'expiration de ce gaz ;

6° Les parties vertes des plantes submergées expirent dans certaines limites de température, comme celles des plantes aériennes, avec cette

différence cependant que l'acide expiré est, en raison dumilieu peu riche en oxygène, en quantité moins notable;

7° Toutes les parties des plantes respirent et l'acte respiratoire, chez elles comme chez les animaux, a pour résultat final appréciable de déplacer leur carbone en élevant leur température;

8° La quantité de gaz qu'elles expirent est d'autant plus grande qu'elles sont plus riches en matières protéiques vivantes et qu'elles présentent une surface plus étendue relativement à leur masse;

9° L'acide carbonique qui s'est formé par la respiration des parties vertes peu riches en matières azotées vivantes est partiellement expiré à l'ombre et par les temps sombres, et paraît être entièrement réduit dans les jours sereins (feuilles) : celles de ces parties qui en sont richement dotées ne le réduisent que partiellement, quelles que soient les conditions de lumière dans lesquelles on les place (fruits verts). L'acte chimico-vital de la respiration se passe dans la matière azotée vivante, puisqu'il cesse avec la vie. Cette matière est accompagnée des combinaisons du phosphore en quantité d'autant plus grande qu'elle est elle-même plus abondante dans un organe; ces combinaisons phosphorées sont liées en partie à son organisation.

RESPIRATION DES PLANTES. — Nouvelles recherches sur la respiration des plantes, par M. *Garreau*, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Lille, t. VIII, p. 287.

Des recherches entreprises par M. Garreau lui avaient fait reconnaître que l'expiration de l'acide carbonique par les plantes peut avoir lieu à l'ombre quand la température est suffisamment élevée pour imprimer le mouvement au suc vital des végétaux. Mais ses expériences ayant eu lieu vers la fin de l'été, il restait à vérifier si l'âge des plantes et les saisons ne modifieraient pas l'expression des phénomènes physiologiques observés. C'est pour se conformer à ce programme qu'il a institué une nouvelle série d'expériences.

Il a étudié successivement.

1° L'action des bourgeons sur l'air atmosphérique;

2° La respiration des plantules;

3° L'expiration de l'acide carbonique sous l'influence des rayons solaires.

De l'ensemble de ses observations, trop détaillées pour pouvoir être rapportées ici, il a cru devoir conclure :

1° Que les bourgeons en respirant consomment plus de carbone que les feuilles, et les plantules plus que les bourgeons, et que l'acide expiré est d'autant plus abondant que ces organes à égalité de poids et de surface contiennent plus de matières protéiques vivantes;

2° Que les feuilles, pendant le jour, au soleil et à l'ombre expirent de l'acide carbonique, et que ce dernier se montre en quantité d'autant plus notable que la température est plus élevée;

3° Que l'acide trouvé dans l'appareil ne représente pas à beaucoup

près celui qui a été expiré, la majeure partie étant réduite à mesure de l'expiration ;

4° Qu'il existe dans les feuilles, à l'ombre ou au soleil, deux actions simultanées et inverses, l'une comburante, l'autre réductrice, et que c'est à la prédominance de l'effet de la seconde sur celui de la première qu'est due l'accumulation du carbone dans les plantes;

5° Qu'en raison de la simultanéité de ces deux actes opposés, on doit considérer le premier comme constituant la respiration des plantes, et le second comme faisant partie des fonctions plus particulièrement nutritives.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) Médecin principal de 1re classe à l'Hôtel des Invalides.
(3) Décédé.
(4) Pharmacien-major de 2e classe à la pharmacie centrale à Paris.

ROLINGER, *médecin aide-major détaché à Tanger* (1). — Note sur le choléra-morbus épidémique de Tanger en 1855, t. XVIII, p. 174.

ROLLET, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux* (2). — Statistique médicale du camp de la Gironde, t. IV, p. 6.

ROME. — Climatologie et constitution médicale de la campagne et de la ville de Rome en 1849 et 1850, par M. *Armand*, chirurgien aide-major au 36e régiment de ligne, t. VII, p. 146.

ROME. — Recherches analytiques sur l'eau acidulo-saline gazeuse de Rome (*aqua acetosa*), par M. *Léon Monsel*, pharmacien aide-major de 2e classe, t. VII, p. 372.

ROME (MALADIES DE). — Rapport médical sur les maladies internes traitées à l'hôpital militaire de Rome en 1853, par M. *Mayer*, médecin principal de 2e classe, t. XIV, p. 107 à 112.

Ce travail se résume dans un tableau synoptique des malades traités à l'hôpital militaire de Rome pendant le quatrième trimestre de 1853.

ROME. — Histoire médicale du corps d'occupation des Etats-Romains, par M. *Jacquot*, médecin major de 2e classe, t. XIV, p. 55 à 107.

L'extension exceptionnelle de l'endémo-épidémie de 1853 n'a point été un fait particulier à l'armée française de Rome : dépendant d'une cause générale palustre, et non de conditions spéciales hygiéniques, elle a sévi avec la même intensité sur la population civile. Les malades en ville ont été aussi très-nombreux, surtout à la périphérie.

La recrudescence de 1853 s'est manifestée :

1° Par l'augmentation du nombre des individus atteints ;

2° Par l'accroissement du chiffre absolu de la mortalité, l'effectif restant à peu près le même que les deux années précédentes ;

---

(1) Décédé.
(2) Admis à la retraite.

3° Par l'augmentation de la gravité des maladies, ou, en d'autres termes, des décès fournis par un chiffre égal des malades ;

4° Enfin la prolongation de l'endémo-épidémie et le nombre des cachexies et des accidents hémorrhagiques et scorbutiques constituent un dernier caractère auquel on reconnaît la recrudescence de l'année 1853.

L'endémo-épidémie de 1853 a suivi une marche générale pareille à celle des années précédentes. Elle éclate dans le courant de juillet, et son premier grand élan doit être rapporté au milieu du mois ; après une courte période d'accroissement, elle atteint sa période d'état, qui comprend les deux mois d'août et de septembre ; enfin la décroissance se manifeste en octobre, et comprend un bien plus long espace que la période d'augment.

La moyenne thermométrique de l'année, 11° 91 R, est inférieure à la normale, 12° 91 R, calculée d'après une longue série d'années ; mais cette infériorité provient uniquement de la basse température de la saison hiberno-vernale ; la saison endémo-épidémique a été au contraire plus chaude que la normale.

L'occupation française est venue pleinement confirmer ce que la vieille tradition et l'expérience journalière avaient établi quant au degré de salubrité des différents quartiers de Rome, et la classification de Doni a ainsi reçu une manifeste confirmation, pour la plupart des régions de la ville. L'insalubrité croît du centre à la périphérie ; telle est la loi générale : il convient d'ajouter que, de deux sites périphériques, celui-là est le plus insalubre qui, moins abrité par des collines et des édifices, est occupé par des terrains vagues, déserts, ou par des cultures manquant de grande et haute végétation. L'insalubrité croissante du centre à la périphérie est une vérité acquise à la science, et l'autorité militaire, en dégageant autant que la sûreté le permet, cette zone excentrique, pour faire refluer vers le centre la population militaire, pourrait considérablement atténuer l'influence de l'endémo-épidémie sur nos troupes. En moyenne, les quartiers les plus sains n'ont eu que 4 malades, tandis que les quartiers insalubres en fournissaient 21 ; c'est donc la proportion de 1 à 5, tel est le contraste.

L'année 1853 s'ouvre par un temps pluvieux, froid et humide, qui engendre des affections catarrhales, des bronchites, des pneumonies lobulaires catarrhales superficielles, mais étendues et graves : dans ces dernières, la saignée est mal supportée, et l'émétique amène quelquefois même un affaissement qui n'est pas toujours sans danger, la diathèse séreuse se prononce rapidement et se manifeste, soit par des collections dans les cavités closes, soit par l'infiltration du tissu cellulaire ; les réactions sont généralement paresseuses, les solutions lentes et pénibles ; tout trahit, en un mot, l'influence débilitante de l'humidité, et le génie phlegmasique ne règne point franchement comme dans les pays septentrionaux. Les premières chaleurs ramènent un meilleur état sanitaire, car le minimum des malades de l'année se place au 10 juin, où l'on ne comptait que 179 hospitalisés. L'immunité diarrhéique et dyssentérique, qui rend le règne pathologique romain si différent de celui de l'Algérie, s'est maintenue en 1853.

Les maladies se rangent ainsi, d'après les décès qu'elles ont causés en 1853 :

1° Fièvres typhoïdes, 38;
2° Fièvres rémittentes et pernicieuses, 22 ;
3° Phthisies pulmonaires, 13 ;
4° Affections pleuro-pneumoniques non tuberculeuses, 7;
5° Affections du cœur et de ses membranes, 5;
6° Flux intestinaux, 5.

ROUDIL, *médecin aide-major à l'infirmerie de l'hôtel des Invalides* (1).—Nouveau procédé pour l'amputation des métacarpiens dans leur contiguïté avec les os du carpe, précédé de quelques considérations anatomiques sur l'articulation carpo-métacarpieme, t. XVI, p. 395.

ROUCHER (C.), *pharmacien à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg* (2). — Recherches sur le sang, t. II, p. 336. — Recherches sur les chloromercurates mercuriques (oxydo-chlorures de mercure), t. V, p. 278. — Note sur une nouvelle méthode d'analyse des sels métalliques, *ib.*, p. 296. — De la présence des poisons minéraux dans le système nerveux à la suite des empoisonnements aigus, t. VIII, p. 266. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, *ib.*, p. 270.

ROUGEOLE. — Note sur la rougeole qui a régné dans la garnison de Metz pendant l'année 1846, par M. *Michel Lévy*, médecin en chef, premier professeur de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, t. II, p. 151.

La première apparition de la rougeole remonte au commencement de l'année ; sporadique de février à septembre, elle s'efface du cadre clinique pendant les mois d'octobre et de novembre pour reparaître au mois de décembre, et cette fois elle fournit, dans un espace de vingt à vingt-six jours, un nombre total de 54 malades, dont 45 observés dans le

---

(1) Médecin-major de 1re classe au 61e régiment de ligne.
(2) Pharmacien-major de 1re classe au dépôt des médicaments à Alger.

service de la clinique, et 9 dans celui de la deuxième division de fiévreux.

Généralement, l'éruption s'est montrée assez confluente ; la face presque toujours injectée, violacée ; dans six cas, la confluence a été extrême ; la forme boutonneuse a été notée dans trois cas. Soixante-deux fois sur soixante-douze, l'éruption a parcouru régulièrement ses périodes ; chez dix malades, la délitescence a eu lieu chez cinq dès le deuxième jour, et le troisième jour chez les cinq autres. Sept fois le refroidissement des malades a été la cause probable de la brusque disparition de leur exanthème.

Quant aux concomitances, l'auteur les résume ainsi :

1° L'épistaxis, fréquente à titre de prodrôme, s'est produite chez sept de nos malades dans le cours de la rougeole, et chez presque tous à plusieurs reprises ;

2° Les vomissements qu'on observe aussi pendant la période prodromique quoique moins souvent que dans la variole, ont tourmenté deux des rougeolés après complète apparition de l'exanthème.

3° Parmi les symptômes concomitants, la diarrhée, qui, se montrant avec les prodrômes, n'a point troublé la régularité de l'éruption, a suivi la marche de la maladie générale dont cette éruption n'est que la détermination tégumentaire externe, et a disparu graduellement sans exiger aucun traitement.

4° A deux exceptions près, tous les malades ont présenté des symptômes de catarrhe bronchitique, tels que douleur sous-sternale, dyspnée, toux ferme, râles sonores et sibilants en arrière vers la base postérieure du thorax, puis, expectoration des matières mucoso-salivaires, râles souscrépitants humides.

Du 1er décembre au 18 janvier, l'auteur a traité soixante-sept rougeoles, dont quarante-cinq entrées en décembre, et vingt-deux en janvier; en y joignant les vingt-sept cas traités avant décembre on obtient un total de quatre-vingt-quatorze : sur ce nombre un seul a succombé. Ce résultat, ajoute l'auteur, ne prouve rien en faveur de l'art ; il confirme seulement l'un des plus solides dogmes de notre science, celui qui nous représente les épidémies comme ayant en elles-mêmes leur raison d'être et leur mesure d'intensité.

ROUGEOLE. — Note sur la rougeole qui a régné dans le 45e régiment de ligne caserné à Courbevoie, près Paris, en 1846, par M. *Casimir Broussais*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. II, p. 175.

ROUIS, *médecin aide-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire d'Aumale* (1). — Observation d'un cas d'abolition

(1) Médecin principal de 2e classe, sous-directeur de l'école de Strasbourg.

des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche, t. XIV, p. 112. — Observation d'un cas de ligature de l'artère fémorale droite, *ib.*, p. 341.

ROUSSIN (Z.), *pharmacien aide-major de 2e classe* (1). — Expériences sur la formation géologique du carbonate calcaire et sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique, t. XV, p. 361. — Note sur l'iodate de chaux et sur l'acide carbonique, *ib.*, p. 382. — Note sur l'acide hippurique et sur son absence dans quelques urines de cheval, t. XVII, p. 335. — De l'iodure de plomb photographique, t. XIX, p. 361. — Recherches sur les nitrosulfures, nouvelle classe de sels, t. XXII, p. 309. — Des nitrosulfures doubles de fer, emploi de ces nouveaux sels pour constater la pureté du chloroforme, *ib.*, p. 428.

RUPTURES. — Des ruptures spontanées de la rate dans les affections paludéennes, par M. *E. Collin*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XV, p. 1. — Rupture des deux oreillettes du cœur, observation recueillie par M. *Desmarets*, médecin aide-major au 66e régiment de ligne, t. XVIII, p. 313.

S

SACCHARIMÈTRE DE M. SOLEIL. — Note sur le dosage du sucre de lait au moyen de cet appareil, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole

---

(1) Pharmacien-major de 2e classe, professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. V, p. 275.

SAGET (1). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

SALICINE. — Note sur un procédé simple pour doser et reconnaître la salicine contenue dans un sulfate de quinine fraudé par cette substance, par M. *Bourlier*, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. XIX, p. 331.

L'acide sulfurique est un réactif sensible de la salicine, mais il n'est pas suffisant, parce qu'il donne la même coloration avec la phloridzine et, quand il contient des produits nitreux, avec la narcotine et la brucine.

Le dédoublement que les acides chlorhydrique et sulfurique font éprouver à la salicine à la température de l'ébullition est extrêmement remarquable. — On obtient ainsi deux corps. — L'un, *la salirétine*, trouble la liqueur par son insolubilité dans les liqueurs acides; l'autre, le glucose, est parfaitement soluble et inaltérable par ces mêmes acides.

$$\underbrace{C^{26}H^{18}O^{14}}_{\text{salicine}} = \underbrace{C^{14}H^{6}O^{2}}_{\text{salirétine}} + \underbrace{C^{12}H^{12}O^{12}}_{\text{glucose}}$$

On prend un gramme de sulfate de quinine suspect, on le fait dissoudre dans 10 à 15 grammes d'acide chlorhydrique pur étendu d'un cinquième d'eau au plus. Cette dissolution, portée à la température de 100° à 120° dans un petit tube à expérience, reste limpide si le sulfate de quinine est exempt de salicine, et devient, dans le cas contraire, opaline d'abord, puis complétement laiteuse.

Pour doser la quantité de salicine introduite on profite de la présence du glucose, on filtre, et le dosage de ce dernier composé au moyen de la liqueur cupro-potassique, permet de calculer le poids de la salicine. M. Bourlier a vu par expérience que 0 gr. 530 de glucose répondent à un gramme de salicine.

SALLERON, *médecin en chef de l'hôpital de Blidah* (2).— Mémoire sur les luxations latérales du coude, t. XV, p. 246. — Compte-rendu des amputations primitives

---

(1) A quitté le service de santé militaire.
(2) Médecin principal de 1re classe, chef de l'hôpital militaire de Lyon.

et des amputations consécutives traitées à l'hôpital militaire de Dolma-Bagtché (Constantinople), t. XX, p. 193; t. XXI, p. 239.

SANG. — Recherches sur le sang, par MM. *Roucher*, pharmacien, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, et *Coulier*, élève à l'hôpital de perfectionnement, t. II, p. 336.

Ces recherches ont eu pour but principal d'étudier la propriété que possède le globule sanguin de rougir à l'air en absorbant de l'oxygène. — La résistance aux causes de destruction qui entourent le globule hors de l'économie est même si invariablement liée à la persistance de cette propriété, qu'aussitôt qu'il la perd, le plus souvent sa forme change, ou il se dissout. — On sait que lorsqu'on mêle du sang veineux défibriné à une solution de sulfate de soude, les globules sanguins prennent une teinte rouge très-prononcée. Cet effet est dû au déplacement, par le sulfate de soude, de l'oxygène que renferme la lymphe. Car, si on fait passer à travers le sang veineux défibriné un courant de gaz acide carbonique ou d'hydrogène qui balaie l'oxygène dissous, les globules, même en présence du sulfate de soude prennent la coloration rouge sombre qui caractérise le sang veineux. Dans l'état de vie les globules veineux sont aussi sains que les globules artériels, quoique de couleur différente.

On peut conserver vingt-quatre heures du sang défibriné, soit sous une couche d'huile, soit mélangé avec son poids de sulfate de soude sans que les globules soient altérés. Mais ceux-ci tombant bientôt au fond du vase changent rapidement de couleur et se colorent en rouge. — Leur agglomération est la principale cause de leur altération, car on peut les conserver plus longtemps si on agite le liquide au moyen d'un courant d'air.

Un certain nombre de corps qui ne portent pas une atteinte profonde et immédiate à la structure des globules agissent comme le sulfate de soude.

Les auteurs ont étudié l'action des substances suivantes :

1° Chlorure de potassium;
2° Iodure de potassium;
3° Bromure de potassium;
4° Carbonate de potasse;
5° Bicarbonate de potasse;
6° Sulfate de potasse;
7° Hyposulfate sulfuré de potasse;
8° Nitrate de potasse;
9° Chlorate de potasse;
10° Bichromate de potasse;
11° Sulfate d'alumine et de potasse;
12° Arsénite de potasse;
13° Chlorure de sodium;

14° Monosulfure de sodium ;
15° Carbonate de soude ;
16° Borate de soude ;
17° Sulfate de soude ;
18° Phosphate de soude ;
19° Acétate de soude ;
20° Arséniate de soude ;
21° Chlorhydrate d'ammoniaque ;
22° Chlorure de calcium ;
23° Sous-acétate de plomb ;
24° Protosulfate de fer ;
25° Sulfate de cuivre ;
26° Bichlorure de mercure,
27° Protonitrate de mercure ;
28° Acide arsénieux ;
29° Acide sulfureux ;
30° Acide hydrocyanique ;
31° Sucre et sirop à divers degrés de dilution.

Ils ont vu que l'action d'un corps quelconque et en particulier d'un sel sur le sang est toujours complexe et peut se composer des effets suivants :

1° Artérialisation des globules aux dépens de l'oxygène de la lymphe ;
2° Déformation de ces mêmes globules par endosmose ou exosmose ;
3° Conservation ou altération, selon que les globules restent suspendus dans le liquide ou que ce dernier les laisse s'agglomérer ;
4° Effet chimique propre à chaque corps en particulier — se bornant le plus souvent à la dissolution des globules — et quelquefois les altérant dans leur forme.

SANG. — Recherches chimiques sur le sang, par M. *Poggiale*, pharmacien-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. V, p. 261.

Ces recherches sont faites par la méthode de M. Figuier, indiquée déjà par Berzelius et basée, comme on sait, sur l'action du sulfate de soude sur le sang. La proportion de fibrine est déterminée par le battage, celle de l'albumine par l'ébullition du liquide filtré, et le poids des globules restés sans altération sur le filtre est obtenu directement. — Il arrive quelquefois que le sang, même mêlé au sulfate de soude, s'altère. On évite cet inconvénient en faisant passer un courant d'air à travers la liqueur et opérant sur une quantité peu considérable de sang. On coagule les globules sur le filtre même en y versant de l'eau bouillante.

Quand on veut analyser le sang des oiseaux ou des poissons, on remarque que le sulfate de soude altère leurs globules qui sont elliptiques comme on sait ; mais une solution de sucre à 10° B^e^ remplit le même usage.

Des expériences nombreuses rapportées dans ce travail, M. Poggiale tire les conclusions suivantes :

Le sang des oiseaux contient plus de globules que celui des mammifères et, chez ces derniers, les carnivores en offrent plus que les herbivores.

La quantité d'albumine est plus forte chez les herbivores que chez les carnivores et les oiseaux. — Le sang le moins aqueux est celui de l'homme, celui des oiseaux vient ensuite. Les matières fixes oscillent entre 8,46 et 11,84 pour mille de sang.

D'expériences tentées sur des nouveaux-nés, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° L'eau du sang du fœtus présente une moyenne peu élevée, tandis que la proportion des matières fixes est considérable ;

2° Le sang du nouveau-né est très-riche en globules et pauvre en fibrine ;

3° L'oxyde de fer est plus abondant dans le sang du nouveau-né.

SANG. — Rapport médico-légal ayant pour but principal la constatation de taches de sang sur un burnous, par M. *Choulette,* pharmacien-major de 1re classe, et M. *Pastoret*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine, t. XIX, p. 343.

Des recherches nombreuses qu'ils ont entreprises, les auteurs du rapport ont tiré les conclusions suivantes :

1° La plupart des taches remarquées sur le burnous blanc soumis à notre observation ont été formées par du sang ;

2° Nous avons la conviction que ces taches ont été lavées ;

3° Dans l'état actuel de la science, il est impossible de déterminer si ce sang est du sang humain ;

4° Il n'existe aucune trace de sang sur la marmite soumise à notre observation.

SANG. — Note sur un caractère microscopique constant des taches de sang, par M. *Coulier*, pharmacien-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, t. XXI, p. 440.

Les caractères microscopiques du sang frais sont tellement nets que les premiers observateurs ont dû chercher à les mettre à profit pour l'examen médico-légal des taches de sang. Malheureusement les corpuscules sanguins sont tellement altérés dans leur nature par la dessiccation, qu'il est le plus souvent impossible de leur rendre leur forme primitive.

L'examen microscopique peut cependant donner à l'expert d'utiles renseignements.

Le sang, en effet, outre les disques rouges, contient toujours de la fibrine et des globules blancs. — Ceux-ci résistent bien mieux que les corpuscules sanguins aux alternatives de sécheresse et d'humidité. — Ils sont très-visibles et ont été pris souvent pour des globules altérés. — On

peut les reconnaître facilement en prenant en considération les caractères suivants :

1° Leur diamètre est plus considérable que celui des corpuscules rouges;

2° Leur forme parfaitement sphérique ;

3° Leur surface très-légèrement chagrinée (ce caractère exige l'emploi d'un bon microscope) ;

4° Leur insolubilité dans l'acide acétique faible qui les rend toutefois très-transparents et permet d'y reconnaître l'existence de noyaux opaques au nombre de 4 ou 8.

On pourrait les confondre avec les globules dits muqueux ou les globules purulents; mais les caractères de la tache qu'on a à examiner viendront en aide à l'observateur.

SANGSUES. — Nouvelles observations relatives au choix, à la conservation et à l'emploi des sangsues, par M. *Tripier*, pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, t. XX, p. 453.

Les observations de M. Tripier ont été faites comparativement sur des sangsues provenant des marais de la Gironde et sur des sangsues provenant de l'Algérie dites *dragon* qui passent pour être de qualité inférieure.

Il a vu que la première et la deuxième application donnent des succions à peu près équivalentes, mais qu'elles deviennent ensuite progressivement moins copieuses;

Que la sangsue algérienne peut soutenir avantageusement la comparaison avec les espèces les plus renommées, pour les services qu'elles rendent à la médecine ;

Que l'appareil Vayson, soumis à des observations suivies par M. Quatrefages, réalise pour la conservation et le transport des sangsues des avantages très-précieux et inconnus jusqu'ici.

SANGSUES.—Nouvel examen de la sangsue algérienne, entreprise par ordre du ministre de la guerre, par M. *Tripier*, pharmacien principal de 1re classe, t. XXII, p. 351.

Mille sangsues de l'espèce dite *dragon*, prises dans le commerce d'Alger et déposées par moitié dans deux appareils *Vayson*, furent expédiées sur la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, le 12 avril 1858. — Arrivées à destination, le 23 du même mois, elles ne furent déballées et examinées par une commission nommée à cet effet, que le 15 mai suivant.

Dans le premier appareil, on ne trouva que 331 sangsues vivantes. Le deuxième en contenait encore 481. — Le premier exhalait une odeur putride très-prononcée.

Il résulte des nombreuses expériences auxquelles la commission s'est

livrée, que les sangsues dites *dragon* ont montré une supériorité marquée sur celles que le commerce de France fournit à nos hôpitaux.

Le défaut de résistance des sangsues de France aux réapplications doit, selon M. Tripier, tenir à leur jeunesse. Les marais reproducteurs, en les amenant rapidement à une grosseur commerciale, donnent des produits hâtifs susceptibles de servir une fois, mais que le commerce lui-même avoue être d'une conservation difficile.

SANTI (De) (1). — Observation de fracture de la clavicule, t. II, p. 259.

SAUCEROTTE, *médecin en chef de l'hôpital militaire de Lunéville* (2). — Deux observations de farcin aigu contracté par infection, t. XIX, p. 28 et 35. — Lunéville et sa division de cavalerie, topographie, statistique, hygiène, maladies, t. XX, p. 117.

SAXIFRAGA. — Considérations sur les genres saxifraga et bergenia, par M. *L. Garreau*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, t. VI, p. 313.

SCHMITT (Ch.), *pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Biskara* (3). — Note sur la composition de l'eau de la rivière Oued-el-Malah, et sur le dépôt cristallin qui en couvre les bords, t. XIX, p. 335.

SCHVEING, *médecin aide-major de 2e classe au 38e régiment de ligne, et médecin en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg* (4). — Considérations médico-chirurgicales sur la tumeur blanche, t. XVIII, p. 329.

SCORBUT. — Notes sur la congélation et le scorbut, extraites du rapport chirurgical de M. *Maupin*, chi-

---

(1) Médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulouse.
(2) Médecin civil.
(3) Pharmacien-major de 2e classe au corps d'occupation à Rome.
(4) A quitté le service de santé militaire.

rurgien-major à l'hôpital militaire de Sétif, t. IV, p. 311.

En même temps que les congélations frappaient les deux escadrons du 5e hussards, à Sétif, pendant le premier trimestre de 1848, le scorbut sévissait sur le bataillon du 43e de ligne en garnison dans la même ville. Du 3 février au 11 mars, sur soixante-neuf cas de scorbut, cinquante-neuf reviennent à ce bataillon qui formait tout au plus la quatrième partie de la garnison de Sétif.

En exposant ces chiffres, l'auteur recherche les causes de cette affection et les motifs qui ont pu rendre le bataillon du 43e de ligne plus sensible à leur influence. La viande lui paraît avoir les mêmes qualités et le casernement les mêmes conditions à Sétif que dans d'autres stations, d'ailleurs l'invasion du scorbut ou sa recrudescence ont été observées au moment même où l'hygiène du soldat avait reçu des améliorations proportionnelles.

Pour M. Maupin, la cause la plus puissante du scorbut est le froid humide de tous les instants. Ce praticien fait remarquer que le scorbut frappe plus particulièrement les points les plus froids, les plus humides des casernes, ceux des hommes qui, à défaut de lits ou de hamacs suspendus, ne sont séparés d'un carreau souvent humide que par un mince matelas que les soldats nomment galette.

Quant à l'exception fâcheuse dont le bataillon du 43e a été l'objet, bien que les conditions de casernement, d'alimentation et de service fussent les mêmes pour toute l'infanterie de Sétif, l'auteur pense que l'explication la plus rationnelle de ce fait, à défaut du présent, se trouverait dans le passé de ce bataillon, qui, pendant un assez long séjour à Philippeville, avait beaucoup souffert de la diarrhée, de la dyssenterie et surtout des fièvres d'accès.

Après avoir étudié l'étiologie de cette épidémie de scorbut, l'auteur note les divers phénomènes morbides qui en ont accompagné le début et les symptômes qui en ont caractérisé le développement. Il énumère ensuite les moyens hygiéniques et médicaux mis en usage, et se résume en disant : le régime et le traitement général ont tout fait; le retour du beau temps leur est venu en aide.

SCORBUT. — Observation d'affection scorbutique aiguë, par M. A. *Bertherand*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Strasbourg (clinique du Val-de-Grâce), t. VIII, p. 171.

Un soldat du 68e de ligne, âgé de trente ans, détenu à l'Abbaye, fut pris, dans les derniers jours de mars, de maux de dents intolérables, se débarrassa lui-même de la dent qui le faisait souffrir, et, après l'avulsion, employa, selon l'usage, des gargarismes avec de l'eau vinaigrée.

Au bout de quelques jours les gencives devinrent saillantes, douloureuses et saignèrent au moindre contact. — Ces accidents s'aggravèrent, l'état

général s'affaiblit par des pertes non interrompues de sang. Les membres et le tronc se couvrirent successivement de taches de purpura et d'ecchymoses étendues. Réveillé enfin de son apathie, ce militaire demanda à être visité et fut envoyé au Val-de-Grâce le 11 avril.

Les diverses médications employées n'eurent qu'un succès éphémère. Le malade mourut trois jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie. Les phénomènes les plus remarquables sont : la suffusion sanguine de la peau; l'infiltration de même nature du tissu cellulaire intermusculaire et du périoste; la coloration foncée des muscles, et la teinte violacée de la moelle.

Dans la cavité thoracique. La flaccidité du cœur, et des pétéchies sur sa face antérieure et dans l'épaisseur du péricarde.

Dans l'abdomen. La décoloration et le ramollissement de la muqueuse buccale, l'imbibition sanguine de la muqueuse gastrique; les nombreuses pétéchies de la surface extérieure du tube intestinal; la sécheresse de la partie supérieure de la muqueuse de l'intestin grêle et l'infiltration sanguine de son quart inférieur, surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale. La pâleur et la décoloration du foie.

SCOUTETTEN, *médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Metz* (1). — Rapport sur l'emploi du biscuit, t. XVIII, p. 401.

SCRIVE, *médecin principal de 2e classe* (2).—Note sur la fréquence des affections phlegmoneuses des mains chez les soldats de l'armée d'Afrique, t. XII, p. 235. — Esquisse historique et philosophique des maladies qui ont sévi sur les soldats de l'armée d'Orient, depuis le début de la campagne jusqu'à ce jour, t. XVII, p. 1. — Son discours aux obsèques de M. Baudens, t. XXI, p. 453.

SCROTUM. — Observation d'éléphantiasis du scrotum, traité, opéré et guéri, par M. *Mestre aîné*, chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Orléansville, t. VIII, p. 247. — Observation d'éléphantiasis du scrotum, recueillie par M. *Martinache*, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire d'Orléansville, *ib.*, p. 255.—Obser-

---

(1) Admis à la retraite.
(2) Décédé médecin inspecteur des armées.

vation d'éléphantiasis du scrotum, par M. *Dufay*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Cherchell, *ib.*, p. 259.

SÉDILLOT, *premier professeur, chirurgien en chef de l'hôpital d'instruction de Strasbourg* (1).—Fragments de sa clinique chirurgicale, par M. *Radat*, chirurgien aide-major, t. I, p. 92.

SEGOND, *chirurgien-major en retraite.* — Observation de tænia, t. XIII, p. 282.

SEIGLE. — *Voy.* ALIMENTS.

SEL GEMME. — Analyse d'un échantillon de sel gemme provenant des environs de Djelfa, par M. *Fortier*, pharmacien-major de 1re classe, t. XV, p. 386.

Cet échantillon, remis à M. Fortier par M. Geoffroy, sous-intendant militaire, pèse 275 grammes et est divisé en sept morceaux de couleur et de grosseur variables. Il renferme 13 1/2 pour cent de matières insolubles.

L'analyse quantitative a fait connaître qu'il était composé sur cent parties :

Chlorure de sodium.	84,150
id. magnesium.	» 190
id. calcium.	» 605
Sulfate de soude.	1,025
Matières insolubles..	13,500
Humidité.	» 500
Perte..	» 030
	100 »

Il serait très-facile d'exploiter d'une manière avantageuse pour l'État ce rocher de Djelfa, qui offre par sa construction et sa masse une richesse incalculable.

SELS. — Note sur une nouvelle méthode d'analyse des sels métalliques, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. V, p. 296.

---

(1) Médecin-inspecteur des armées, directeur de l'école de Strasbourg.

La méthode qui fait le sujet de cette note repose sur l'emploi des liqueurs titrées.

Pour cela on précipite la base métallique au moyen d'un volume connu d'une liqueur alcaline titrée à l'avance avec l'acide sulfurique normal. L'oxyde déplacé, la liqueur est jetée sur un filtre sur lequel on lave le précipité jusqu'à ce que les eaux de lavage ne présentent plus de réaction alcaline. — On prend de nouveau le titre de la dissolution alcaline ainsi obtenue, et la différence entre la première et la deuxième expérience indique la quantité d'alcali qui a été nécessaire pour la précipitation de l'oxyde métallique.— Un simple calcul conduit et à la quantité de cette base et à celle de l'acide qui lui était combiné.

Cette méthode présenterait, suivant l'auteur, un grand avantage pour l'analyse des nitrates hydratés, qui offre tant de difficulté lorsqu'il s'agit d'atteindre une certaine précision. — Elle pourrait aussi s'étendre au plus grand nombre des sels métalliques en variant, selon les propriétés de l'oxyde, la liqueur alcaline qui devra le précipiter.

SÉSAME. — Rapport sur l'emploi de l'huile de sésame dans la composition de divers médicaments externes, par M. *Lacarterie*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. VIII, p. 326.

SÉTON.—Emploi du séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons, par M. *Bonnafont*, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire du Roule, à Paris, t. XIII, p. 337.

SHRIMPTON, *chirurgien aide-major* (1).— Relation de la retraite du Bou-Thaleb; mémoire sur les cas de congélation qui eurent lieu pendant cette retraite, t. I, p. 154. — *Voy.* CONGÉLATIONS.

SIDI-BEL-ABBÈS. — Essai topographique sur Sidi-bel-Abbès, par M. *Rodes*, médecin adjoint, chargé du service médical, t. II, p. 1. — Essai de topographie médicale sur Sidi-bel-Abbès, par M. *Froussart*, chirurgien aide-major, chargé en chef du service de l'ambulance, *ib.*, p. 92.

---

(1) A quitté le service de santé militaire.

SIMON (Charles-Étienne), *chirurgien sous-aide* (1).—Observation d'éléphantiasis de la jambe gauche, t. VIII, p. 262.

SOLEIL (M.). — Note sur le dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, par M. *Poggiale*, pharmacien-major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. V, p. 275.

SON.—De la composition chimique du son, par M. *Poggiale*, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XII, p. 364. — Du son considéré chimiquement, relativement à la fabrication du pain, par *le même*, t. XVIII, p. 408.

SOUHAUT, *chirurgien aide-major au* 11e *dragons* (2). — Compte-rendu du service des vénériens au Val-de-Grâce, dirigé par M. Marchal de Calvi, pendant les mois de mai, juin, juillet, août et septembre 1846, t. I, p. 242. — Observation d'hyperostose des deux clavicules; guérison par l'iodure de sodium, t. II, p. 244.

SOUVILLE, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen* (3).—Observation de tænia recueillie en Algérie, t. XIII, p. 261.

SPARADRAP. — De l'emploi du sparadrap de Vigo dans le traitement de certains ulcères syphilitiques de la peau, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, chef du service de santé à l'hôpital militaire de Nemours, t. XX, p. 386.

Déjà, en 1831, dit M. Potier-Duplessy, M. Ph. Boyer, dans son rapport au conseil général des hôpitaux, signalait les bons effets obtenus

---

(1) Pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital de Sarreguemines.
(2) Médecin-major de 1re classe au 59e de ligne.
(3) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Cambrai.

23

de l'emploi de ce sparadrap, qui se trouve du reste indiqué par d'autres auteurs ; néanmoins ce topique était sans doute assez négligé lorsque Vidal (de Cassis) fit part à la Société de chirurgie (22 novembre 1854) des excellents résultats qu'il venait de produire entre ses mains sur un homme atteint de deux ulcères phagédéniques, pulpeux, suites de bubons. De nouveaux faits n'ont pas tardé à se joindre à celui-là. Ceux qui sont propres à M. Potier-Duplessy confirment pleinement les assertions des chirurgiens qu'il vient de citer.

Ces faits sont au nombre de quatre, savoir :

Un ulcère du mollet, suite d'anthrax, chez un militaire soupçonné d'être entaché de syphilis ancienne.

Un ulcère phagédénique pultacé, succédant à un bubon vénérien.

Des chancres serpigineux du fourreau de la verge.

Des syphilides ulcéreuses.

Dans ces divers cas, dont l'auteur rapporte l'histoire en détail, après l'emploi infructueux des médications les plus variées, la guérison par l'application des bandelettes de sparadrap de Vigo a été rapide.

M. Potier-Duplessy fait suivre ces observations de quelques considérations sur les causes auxquelles l'utilité du sparadrap de Vigo peut être attribuée. Est-ce à la compression, à l'occlusion, à l'action excitante de ce topique, ou enfin à l'absorption? Il semble à l'auteur plus logique de conclure que compression, occlusion, action topique et absorption se prêtent dans cette circonstance un mutuel concours, et que là où une de ces influences échouerait, l'action combinée de plusieurs devient efficace.

SPILLEUX, *chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire d'instruction de Lille* (1).—Observation de fracture de l'omoplate et de plaies contuses de la tête, t. II, p. 294.

SQUIRRHE. — Observation de squirrhe volumineux de l'estomac, du pancréas, de l'épiploon et des ganglions mésentériques, avec traces cachectiques dans un testicule et l'appareil glandulaire bronchique, recueillie par M. *Guipon*, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, t. XVI, p. 179.

STATISTIQUE MEDICALE. — Statistique médicale

---

(1) Médecin-major de 1re classe au 93e de ligne.

du camp de la Gironde, par M. *Rollet*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, t. IV, p. 6.

STATISTIQUE MÉDICALE. — Statistique des hernies à l'hôtel des Invalides, par M. ***Hutin***, médecin en chef de l'hôtel, t. X, p. 154.

STATISTIQUE MÉDICALE. — Hygiène militaire comparée et statistique médicale des armées de terre et de mer, par M. ***Boudin***, médecin principal attaché à l'état-major de la place de Paris, t. III, p. 1.

STATISTIQUE MÉDICALE. — Statistique médicale de l'armée. Rapport au ministre. Moyens d'exécution pour les officiers de santé chefs de service. Moyens d'exécution pour le Conseil de santé des armées, t. XII, p. 1 à 46.

STATISTIQUE MÉDICALE. — Recherches de statistique médicale sur l'hôtel des Invalides, par M. ***Faure Villar***, médecin principal de 1re classe, t. XI, p. 204 à 210.

Au 1er janvier 1853, l'Hôtel des Invalides comptait 3,007 invalides, sur lesquels 155 officiers.

Avant la fin des guerres de l'Empire, il existait plusieurs succursales destinées à suppléer à l'Hôtel de Paris et à recevoir les invalides de la guerre et de la marine; une seule, celle d'Avignon, avait été conservée par la Restauration et le gouvernement de Juillet; elle a été supprimée en 1850.

La décroissance progressive du nombre des invalides s'explique par l'extinction graduelle des vieux militaires de l'Empire et par l'amélioration des retraites militaires due à la loi de 1831.

Aujourd'hui, en effet, un soldat préfère souvent se retirer dans ses foyers avec une pension de retraite qui peut s'élever à 300 francs et à laquelle il joindra assez souvent le traitement de la Légion d'honneur ou de la médaille militaire.

Le tableau suivant résume la mortalité de quinze années, tant parmi les invalides internés à l'Hôtel à Paris que parmi ceux de la succursale d'Avignon.

	HOTEL DE PARIS. Mortalité.	SUCCURSALE D'AVIGNON. Mortalité.
	117 p. 1000	42 p. 1000
	68	63
	73	53
	75	82
	82	78
	86	84
	73	65
	88	68
	77	67
	98	96
	91	66
	135	116
	417	44
	105	"
	91	"
Totaux..	1,376	924
Moyenne.	91.1	71

Si l'on retranchait de ces résultats les années 1832 et 1848, pendant lesquelles le choléra a déterminé une mortalité exceptionnelle, la mortalité moyenne des treize autres années se réduirait à 87 sur 1,000 pour l'Hôtel de Paris, et à 66 pour la succursale d'Avignon. Il reste toujours à l'avantage de cette dernière une différence de 20 à 21 pour 100 dans la mortalité moyenne.

Cette différence notable paraît donc devoir se rattacher à deux causes : l'influence du climat, et l'origine méridionale de la population de la succursale. En effet, d'après les renseignements recueillis, les invalides étaient dirigés, sur leur demande, sur l'établissement qu'ils désignaient. On comprend dès lors que, vivant sous des conditions climatériques auxquelles ils étaient habitués, ils devaient fournir une mortalité inférieure à celle de l'Hôtel de Paris.

La moitié environ de l'effectif des invalides entre annuellement à l'infirmerie.

Sur les 2,335 décès constatés de 1845 à 1852, il y en a un qu'il faut écarter, c'est celui d'un jeune élève tambour qui n'était pas invalide. Des 2,334 restants, 218 ont porté sur des invalides compris entre 21 et 60 ans, proportion 93 pour 1,000. Les 2,217 autres ont eu lieu chez des invalides compris entre 61 et 90 ans et au-delà, d'où il résulte une proportion de 906 par 1,000.

Ainsi, les neuf dixièmes des invalides décédés avaient plus de 60 ans.

En examinant successivement les décès de chaque année, on s'assure que la proportion des décès, au-delà de 60 ans, suit une progression croissante.

ANNÉES.	DÉCÈS de 21 à 60 ans.	PROPORTION pour 1000.	DÉCÈS de 61 à 100 ans.	PROPORTION pour 1000.
—	—	—	—	—
1845.	42	162	216	838
1846.	29	127	199	873
1847.	28	98	256	902
1848.	28	104	239	896
1849.	38	99	345	901
1850.	20	61	305	939
1851.	19	59	300	941
1852.	13	48	258	952

La mortalité des invalides tend à s'élever depuis 1839.

Cela tient à ce que, depuis l'élévation des pensions militaires, il entre à l'Hôtel très-peu d'officiers et beaucoup de soldats de l'armée active, de telle sorte qu'il se recrute spécialement parmi les vieux soldats de l'Empire à qui l'âge ne permet plus de suppléer par le travail à la modicité de leur retraite.

Sur 1,678 invalides admis depuis cinq ans, moitié ont 60 à 70 ans.
Un quart a 70 à 80
Un quart a 20 à 60

Les maladies qui donnent lieu au plus grand nombre de décès se rangent dans l'ordre suivant :

Broncho-pneumonies.....	192	décès sur 1,532 ou	125	pour 1000
Adynamie sénile.... ...	154	—	100	—
Congestion cérébrale.. ..	142	—	92	—
Hémorrhagie cérébrale...	125	—	81	—
Lésions organiques du cœur.	110	—	71	—
Catarrhes chroniques.....	108	—	70	—
Phthisie pulmonaire.....	91	—	52	—
Myélites, paralysie......	54	—	35	—
Embarras intestinaux (*sic*).	51	—	33	—
Affections cancéreuses...	44	dont 10 chirurgicales.	28	—

STOMATITE. — Observations sur la transformation de la stomatite érythémateuse en stomatite pseudo-mercurielle accompagnée de ptyalisme opiniâtre, produite par l'emploi de la pommade d'hydriodate de potasse en frictions sur la région des glandes salivaires, par M. *J.-J.-A. Martin*, chirurgien-major de 1re classe, chef de service à l'hôpital militaire de Colmar, t. II, p. 310.

L'auteur se propose de faire connaître une cause très-active de salivation et de modification dans l'état inflammatoire de la membrane muqueuse de la bouche. Cette cause, non encore signalée, selon lui,

paraîtrait résider dans les propriétés de l'hydriodate de potasse employé endermiquement près de la région des glandes salivaires. Dans les faits rapportés par l'auteur, cette substance a eu, sur les organes dont il s'agit, une action comparable à celle du mercure.

Ces faits, au nombre de trois, concernent des militaires chez lesquels la pommade d'hydriodate de potasse employée contre un engorgement des glandes lymphatiques cervicales ou sous-maxillaires, dépendant d'une inflammation buccale, provoque l'invasion d'une salivation très-intense, caractérisée par les symptômes les plus graves : ulcérations, ébranlement des dents, etc., et qui ne cède qu'à l'usage longtemps continué de la médication la plus active.

En présence des opinions contradictoires des observateurs, dont les uns ont remarqué que l'iode, après un long emploi, déterminait la salivation, et dont les autres lui attribuent la propriété de la prévenir et de l'arrêter, M. Martin est d'avis que ses propres observations ne seront pas inutiles et présenteront même quelques résultats dont les plus importants seront :

1° De corroborer l'opinion des expérimentateurs qui ont signalé l'iode, administré intérieurement, comme susceptible d'exciter le ptyalisme ;

2° De faire admettre, comme fondée, l'opinion de Wallace sur l'efficacité de l'iode, trouvée, par cet auteur, égale à celle du mercure, dans le traitement des maladies vénériennes, efficacité que l'analogie déjà reconnue entre ces corps l'avait conduit à présumer ;

3° De faire admettre l'analogie des propriétés médicales de l'iode et du mercure.

STOMATITE. — Note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite ulcéreuse (ulcéro-membraneuse, couenneuse), par M. *Bergeron*, médecin des hôpitaux civils de Paris, médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule, t. XVI, p. 1. *Voy.* CHLORATE DE POTASSE. — De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse diphthéritique, ulcéro-membraneuse, par M. *Bergeron*, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, t. XXIII, p. 51.

SUCRE. — Origine du sucre dans l'économie animale, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XV, p. 344.

M. Poggiale a voulu examiner, 1° si le sucre se forme dans l'économie aux dépens des aliments azotés ou des matières grasses ; 2° s'il se pro-

duit par l'action digestive, dans le foie ou dans le torrent de la circulation.

Ses premières expériences datent de 1850.

On admet généralement que les aliments azotés conservent les organes, produisent la force et servent au développement des animaux ; que les matières grasses, sucrées ou amylacées ne sont que des aliments respiratoires, dont le carbone et l'hydrogène, en s'unissant à l'oxygène de l'air, entretiennent la chaleur animale. — Cette division n'est peut-être pas exacte, et si les aliments féculents se transforment facilement en sucre, il semble que les aliments azotés et les matières grasses peuvent, surtout chez les carnivores, fournir aussi ce principe.

Dans une première série d'expériences, on a analysé le lait de plusieurs chiennes, dont on modifiait l'alimentation et même lorsqu'on les nourrissait exclusivement avec de la viande on a encore obtenu une proportion de sucre notable.

Dans une deuxième série d'expériences, on rechercha le sucre dans le sang d'animaux nourris à la viande cuite, et ce principe fut trouvé assez facilement.

D'autres expériences instituées pour répondre à la deuxième proposition ont démontré :

1° Que le sucre peut se former dans l'économie aux dépens des aliments azotés et peut-être des corps gras ;

2° Que l'alimentation absolue à la graisse ne semble pas diminuer la proportion du sucre dans l'organisme ;

3° Que les aliments amylacés se transforment en sucre par l'action digestive.

4° Que chez les animaux nourris avec des matières amylacées, le sang de la veine-porte contient une proportion considérable de sucre ;

5° Que chez les animaux nourris avec la viande il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine-porte ; qu'on en trouve au contraire une grande quantité dans les veines hépatiques, dans la veine cave inférieure et même dans le sang artériel ;

6° Que le sang de la veine-porte des animaux soumis à l'abstinence complète ne contient pas de sucre ;

7° Que par conséquent on est bien obligé d'admettre que, chez les animaux nourris avec des matières azotées et de la graisse, la production du sucre a lieu dans le foie.

SUCRE DE LAIT. — Note sur le dosage du sucre de lait au moyen du saccharimètre de M. Soleil, et détermination de la richesse du lait, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. V, p. 275.

Pour employer ce procédé basé sur les propriétés optiques du sérum de lait, il faut que celui-ci offre une grande limpidité.

Après avoir coagulé le lait, on ajoute au liquide filtré quelques gouttes d'acétate de plomb et on filtre une seconde fois. — Le sérum ainsi préparé est introduit dans le polarimètre, et une table indiquant les rapports qui existent entre les degrés trouvés et la quantité de lactine en dissolution permet de résoudre rapidement le problème. — 1000 grammes de lait *pur* renferment 52 grammes de sucre. — Cette proportion correspond à 28° environ, mais le lait fourni par le commerce ne marque généralement que de 19° à 23, ce qui tient à l'eau que les marchands ajoutent au lait.

SUCRE. — Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, t. XVII, p. 410.

SUCRE. — Nouvelles expériences sur le maïs considéré comme plante saccharifère, par M. *Emmanuel Pallas*, médecin principal, t. II, p. 358.

SUICIDE. — Remarque de M. *Marchal de Calvi*, chirurgien-major, professeur au Val-de-Grâce, sur une observation de lypémanie suicide, t. X, p. 330.

SULFATE DE PEROXYDE DE FER. — Ses propriétés hémostatiques, par M. *Léon Monsel*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, t. XVII, p. 424.

SURET, *médecin aide-major de* 1re *classe à l'hôpital militaire de Strasbourg* (1). — Recherches sur deux formes peu connues de la pneumonie, t. XV, p. 100.

SURDI-MUTITÉ. — Rapport sur un cas de surdi-mutité consécutif à l'explosion d'une bombe, par M. *Bonnafont*, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule, t. XV, p. 337.

Le sergent Touvieille du 39e de ligne, sujet de cette observation, est entré à l'hôpital du Roule, le 26 février 1855. M. Bonnafont, dans le

---

(1) Médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Metz.

service de qui il est placé, communique d'abord les renseignements et tous les détails que le blessé lui-même a relatés par écrit sur les circonstances de l'événement, sur les impressions qu'il a éprouvées au moment même de l'explosion et depuis cette époque, ainsi que sur les divers traitements mis en usage en Crimée, à Constantinople et à Nîmes.

M. Bonnafont rend ensuite compte avec soin des résultats de l'exploration des conduits auditifs externes et de l'examen fonctionnel des sens, des facultés intellectuelles et des organes de la vie de relation. Il termine par quelques considérations sur la médication qu'il se propose d'employer, bien qu'il regarde cette affection comme excessivement grave, et probablement au-dessus des ressources de l'art.

SUTURE DES TENDONS. — Observation de suture des tendons ou ténoraphie avec rétablissement du mouvement de trois doigts de la main droite, à la suite d'une blessure de l'avant-bras depuis longtemps cicatrisée, recueillie à la clinique de M. Sedillot, médecin en chef, par M. *Tabouret*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, t. XV, p. 304.

L'observation de M. Tabouret a le double intérêt d'un fait chirurgical dont les exemples sont encore peu nombreux et d'une opération qui conserve au service actif un militaire sur le point d'être proposé pour la réforme.

Il s'agit d'une blessure par instrument tranchant reçue en duel, par un brigadier de cuirassiers, au tiers inférieur de la face postérieure de l'avant-bras droit, la main tournée en demi-pronation, le sabre a divisé le tendon de l'extenseur commun des doigts, le médius, l'annulaire et l'auriculaire ont perdu leurs mouvements d'extension. Les bords de la plaie, rapprochés par des bandelettes, sont cicatrisés le septième jour, mais les trois derniers doigts restent fléchis et ne peuvent se redresser qu'à l'aide de la main du côté opposé.

Des bains de sang journellement employés n'ayant produit aucun effet, le blessé se décide à entrer à l'hôpital de Strasbourg, le 11 janvier 1853. Les conséquences de la lésion sont parfaitement constatées. On prescrit d'abord des bains aromatiques et quelques frictions excitantes sans en obtenir et même sans en espérer aucun succès. L'opération est proposée comme moyen unique de rétablir les mouvements. Le malade s'y soumet, et le 19 janvier, trente-sept jours après la cicatrisation, elle est pratiquée par M. Sedillot, et dans un espace de temps assez court la guérison est complète.

De ce cas remarquable, M. Tabouret rapproche deux observations analogues puisées dans les auteurs.

Ces trois faits chirurgicaux lui donnent l'occasion de faire sur la ténoraphie un aperçu historique qui se termine par des observations de ténoraphie dans des blessures récentes, de division de tendons dont le

traitement est abandonné à la nature, et par des conclusions qui découlent de ce travail et qui se résument dans les deux propositions suivantes :

Dans la division des muscles et des tendons, la position et le bandage employés seuls sont insuffisants pour assurer d'une manière certaine et sans exception le rétablissement des mouvements.

Cette garantie ne peut être donnée que par la réunion au moyen de la suture des tendons.

SYPHILIS. — Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis, par M. *Baizeau*, médecin aide-major de 1re classe à l'armée d'occupation en Italie, t. XVI, p. 347.

SYPHILIS. — Observation de méningite syphilitique recueillie à l'hôpital de Civita-Vecchia, par M. *Jeannoel*, médecin major, t. XVIII, p. 237.

SYPHILIS. — De l'emploi du sparadrap de Vigo dans le traitement de certains ulcères syphilitiques de la peau, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Nemours, t. XX, p. 386. — *Voy. aussi* VÉNÉRIENS.

T

TABOURET, *médecin aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg* (1). — Observation de suture des tendons avec rétablissement des mouvements des trois doigts de la main droite à la suite d'une blessure de l'avant-bras depuis longtemps cicatrisée, recueillie à la clinique de M. Sedillot, médecin en chef, t. XV, p. 304.

TACHES DE SANG. — Rapport médico-légal ayant

(1) Admis à la retraite comme médecin-major de 1re classe.

pour but principal la constatation de taches de sang sur un burnous, par M. *Choulette*, pharmacien-major de 1re classe, et M. *Pastoret*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Constantine, t. XIX, p. 343. — Note sur un caractère microscopique constant des taches de sang, par M. *Coulier*, pharmacien-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, t. XXI, p. 440. *Voy*. SANG.

TÆNIA. — Note sur la fréquence du tænia en Afrique, t. I, p. 239.

TÆNIA. — Notice sur l'endémicité du tænia en Algérie, par M. *Boudin*, médecin principal, en chef de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, t. IV, p. 204.

Depuis 1840 jusqu'à la fin du 1er semestre 1846, les rapports transmis au Conseil de santé des armées n'ont signalé que deux cas de tænia traités dans les hôpitaux militaires de l'intérieur. L'un avait été constaté en 1843 à Maubeuge, l'autre en 1845 à Hyères. Pendant la même période, les rapports de l'armée d'Afrique ont signalé 34 cas de tænia. Dans le courant de 1847 le Conseil de santé a reçu de M. Boulian un nouveau travail relatif à ce sujet, et qui ne peut que confirmer la thèse de l'endémicité du tænia en Algérie. Pendant les années 1843, 1844, 1845 et 1846, l'auteur a constaté 15 cas de tænia en Algérie. Il importe de signaler à l'avenir la durée du séjour en Afrique des individus atteints, ainsi que le temps écoulé depuis le départ de l'Algérie, chez ceux qui seront atteints du tænia en France. M. Boulian fait observer que les militaires qu'il a reconnus atteints du tænia avaient tous plusieurs années de séjour en Afrique. La question de l'âge et du sexe mérite également de fixer les investigations étiologiques. Enfin, la nature géologique du sol, son altitude, la nature des eaux et des aliments réclament également l'attention des observateurs. Une erreur fréquemment commise est celle qui consiste à confondre le tænia avec le bothriocéphale. On a remarqué que l'Allemagne et la Hollande produisent plus particulièrement le tænia solium, la Russie, la Pologne et la Suisse le tænia lata. En France, on observe les deux espèces. Le célèbre anatomiste Sœmmering, bien qu'Allemand de naissance et séjournant habituellement en Allemagne, rendit un jour un tænia lata; mais il est digne de remarque qu'avant d'être atteint de cette maladie, il avait séjourné quelque temps en Suisse. Quoi qu'il en soit, le tænia, ainsi que les autres affections vermineuses, a été jusqu'ici peu étudié comme manifestation endémique; c'est un terrain neuf qui mérite l'observation des hommes sérieux qui savent apprécier l'importance scientifique et pratique de l'étiologie.

Sir Mac Grigor, ancien directeur général du service de santé de l'armée anglaise, raconte qu'en novembre 1800, les 86e et 88e d'infanterie quittèrent Bombay où régnait une épidémie de ver de Guinée, pour se rendre en Egypte. Sur 360 fantassins embarqués en santé sur un des navires, 190 hommes furent atteints de la maladie à leur arrivée en Egypte, tandis que les hommes de l'artillerie, embarqués sur le même bâtiment, mais qui étaient restés séparés des premiers, n'eurent pas un seul malade. Il est digne de remarquer que, dans l'armée anglaise, la croyance à la transmissibilité du ver de Guinée de l'homme malade à l'homme sain est généralement répandue.

Le dépouillement des rapports reçus au Conseil de santé, depuis le second trimestre 1846 jusqu'à la fin du premier trimestre 1848, a donné, relativement aux cas de tænia, les résultats suivants : intérieur *sept*, Corse *zéro*, Algérie *vingt-huit*. Il est à observer que des sept faits mentionnés dans les hôpitaux de l'intérieur, quatre, savoir : un à Perpignan et trois au Val-de-Grâce, semblent devoir être reportés à ceux de l'Algérie.

Pendant les deux années qui composent la période dont il s'agit, le nombre de cas fournis par l'Algérie a été, à une très-petite différence près, égal à celui des six années dont il avait été rendu compte dans la note du soixante-deuxième volume. Cela tient très-probablement à ce que l'attention, éveillée par cette note, a laissé échapper moins de faits.

TÆNIA. — Seconde note sur la fréquence du tænia en Algérie, par M. *Judas*, médecin principal, secrétaire du Conseil de santé, t. IV, p. 208.

TÆNIA. — Observations sur trois cas de tænia, recueillies à l'hôpital militaire de Cherchell, par M. *Mialhes*, médecin en chef de cet hôpital, *ib.*, p. 212.

TÆNIA. — Nouveaux documents sur la fréquence du tænia en Algérie, par M. *A. Judas*, médecin principal, secrétaire du Conseil de santé, t. XIII, p. 230.

TÆNIA. — Rapport spécial sur divers cas de tænia observés à l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès, par M. *Frasseto*, médecin en chef de cet hôpital, t. XIII, p. 308. — Documents relatifs au tænia en Algérie, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, chef de service à l'hôpital militaire de Nemours, t. XVIII, p. 219. — Observation de tænia so-

lium, par M. *Dobbé*, médecin-major de 2e classe au 3e régiment de ligne, *ib.*, p. 228.

TAMISIER, *médecin sous-aide-major* (1). — Extrait des rapports adressés par lui et par M. *Cabrol*, médecin sous-aide-major, au Conseil de santé, sur les eaux thermo-minérales chlorurées sodiques de Bourbonne-les-Bains, t. XXI, p. 110.

TANGER. — Note sur le choléra-morbus épidémique de Tanger en 1855, par M. *Rolinger*, médecin aide-major détaché dans cette ville, t. XVIII, p. 174.

TÉBESSA. — Notice topographique sur cette ville, par M. *Mutel*, médecin aide-major de 2e classe au 40e régiment de ligne, t. XX, p. 362.

TEIGNE.— Teigne granulée (*impetigo granulata*) du derme chevelu; guérison par le vésicatoire, l'épilation et la teinture d'iode iodurée, par M. *Guipon*, médecin aide-major au 13e régiment de ligne, t. XII, p. 346.

TELLIER, *médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Bône* (2). — Observation d'un cas de rage, t. XVII, p. 114. — Quelques mots sur la recrudescence cholérique observée à Varna (Bulgarie) pendant le mois d'octobre et de novembre 1854, parmi les militaires traités dans les hôpitaux et parmi ceux de la garnison, t. XVIII, p. 189.

TENDONS. — *Voy.* SUTURE DES TENDONS.

TÉNORAPHIE. — *Voy.* SUTURE DES TENDONS.

TÉTANOS. — Observation d'un cas de tétanos trauma-

---

(1) Médecin aide-major de 1re classe au 6e d'artillerie.
(2) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger.

tique survenu à la suite d'un coup de feu reçu à bout portant, par M. *Troy*, chirurgien-major de 1re classe au 10e régiment d'artillerie, t. X, p. 293. — *Voy.* CHIRURGIE.

THIERRY DE MAUGRAS, *chirurgien aide-major au 56e de ligne*(1). — Notice sur la vipère à cornes, t. III, p. 324.

THOLOZAN (J.-D.), *médecin-major, professeur agrégé à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce* (2). — Des hémorrhagies pulmonaires au point de vue de la physiologie pathologique, de l'étiologie et de la séméiologie, t. XVII, p. 284.

THORACENTÈSE. — Études sur la thoracentèse dans ses rapports avec la médecine et la chirurgie militaires, d'après divers documents adressés au Conseil de santé, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. VI, p. I. — *Voy.* EMPYÈME *et* HYDROTHORAX.

TIBIA. — Observation d'ostéite tuberculeuse au tibia droit, par M. *Prudhomme*, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de Biskara, t. IV, p. 326. — Extraction d'un corps étranger de l'articulation fémoro-tibiale gauche; observation recueillie par M. *Leuret*, chirurgien-major au 16e de ligne, t. VI, p. 296; et note sur cette observation par M. *Marchal de Calvi*, t. VI, p. 296 et 299. —Observation d'arthrite interne fémoro-tibiale, par M. *Chatelain*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg, t. VIII, p. 141. — Observation d'hydarthrose de l'articulation tibio-fémorale gauche, par M. *Contrejean*, chirurgien sous-

(1) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division de Constantine.

(2) Médecin-major de 1re classe du service hospitalier, en mission en Perse.

aide-major, t. XI, p. 102. — Observation d'un cas d'amputation tibio-tarsienne, par M. *Aronsshon*, médecin-major de 2e classe à l'armée d'Orient, t. XVII, p. 368. — Observation de tumeur blanche tibio-tarsienne droite, amputation, etc., par M. *Villamur*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulon, t. XVIII, p. 383.

TLEMCEN. — Essai d'une topographie médicale du bassin de Tlemcen, par M. *Catteloup,* médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, t. XII, p. 155. — *Voy*. TOPOGRAPHIE MÉDICALE (Tlemcen).

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Essai topographique sur Sidi-bel-Abbès (province d'Oran), par M. ***Rodes***, médecin-adjoint, chargé du service médical de Sidi-bel-Abbès, t. II, p. 1. — Essai de topographie médicale sur Sidi-bel-Abbès, par M. ***Froussart***, chirurgien aide-major, chargé en chef du service de l'ambulance, *ib.*, p. 92.

Sidi-bel-Abbès est un poste militaire de la province d'Oran, créé vers la fin de l'année 1843, dans la région du Tell proprement dit, entre le littoral et le désert; la latitude de Sidi-bel-Abbès serait de 35° 10′ nord ; et sa latitude de 3° ouest du méridien de Paris. L'emplacement de Sidi-bel-Abbès se trouve au centre du bassin et sur la ligne flexueuse qui sépare la plaine des coteaux et des montagnes. Il borde la vallée de Meckerra ; il est même compris dans le coude que fait cette rivière lorsque, abandonnant la direction du sud au nord, elle se jette brusquement du côté du nord-est.

A Sidi-bel-Abbès, on trouve deux espèces d'eaux potables : des eaux de rivière et des eaux de source.

L'atmosphère de Sidi-bel-Abbès est chaude et sèche pendant les trois quarts de l'année. La saison des pluies arrive en général au mois d'octobre et finit au mois de mars. Si elle commence plus tard, si elle se prolonge jusqu'aux premiers jours de printemps, l'année est exceptionnelle par son humidité. Alors toute la surface du pays est couverte de flaques, de mares et d'étangs ; alors on constate la coïncidence de ces deux faits importants : marais immenses, insalubrité formidable.

Les habitants du bassin de Sidi-bel-Abbès sont d'origine arabe et appartiennent à la grande tribu de Beni-Ahmer. Ils ont une constitution vigoureuse, et supportent beaucoup mieux que les Français les effets d'une haute température, de la fraîcheur des nuits, des émanations des marais.

Ils contractent cependant des fièvres intermittentes et des dyssenteries, mais, chez eux, ces maladies sont rares et légères.

Les hommes sont souvent affectés d'ulcères aux jambes. Les conjonctivites, les cataractes, les amauroses sévissent sur la population entière ; l'habitation des tentes souvent remplies de fumée, le voisinage des marais, l'intensité de la lumière, l'habitude d'avoir les jambes nues, rendent compte de la fréquence de ces affections morbides.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice topographique sur Coléah, par MM. *Bouffar*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Coléah, et *Laprevotte*, pharmacien aide-major aux ambulances de l'Algérie, t. VI, p. 29 à 51.

Coléah est situé sur le revers méridional du Sahel, à quarante-quatre kilomètres d'Alger, et à vingt-quatre kilomètres de Blidah. Son élévation au-dessus du niveau de la mer est de cent cinquante mètres. Les nombreux jardins qui entourent la ville sont autant d'oasis, de vergers. Le règne animal n'est pas moins varié que le règne végétal.

L'eau des fontaines de Coléah tient un rang supérieur parmi les plus potables, et elle peut être employée avec avantage à toutes sortes d'exploitations. Coléah passe généralement pour être un endroit sain, mais telle n'est pas la manière de voir de l'auteur

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie médicale de Belle-Isle-en-mer, par M. *Cabrol*, médecin ordinaire de 2e classe, t. VI, p. 51 à 93.

Belle-Isle est située géographiquement au sud des côtes de Bretagne ; elle est comprise dans le département du Morbihan, et fait partie de l'arrondissement de Lorient ; elle forme un canton d'environ dix mille habitants. Elle est comprise sous le 47° 17′ 17″ de latitude et le 5° 20′ de longitude.

Le climat de Belle-Isle est plus doux que celui de la plus grande partie de la France. L'air est très-saturé d'humidité et chargé de brouillards et de nuages. Le terrain de la surface de l'île est argileux et salin.

Hors des temps épidémiques, les maladies ne sont ni graves ni fréquentes à Belle-Isle ; les exemples de longévité y abondent, et la vieillesse y est affranchie de beaucoup d'infirmités.

Malgré l'énorme population canine, abandonnée à peu près sans soins dans l'île, jamais on n'y a signalé un seul cas d'hydrophobie ; dans la race chevaline, nombreuse en sujets généralement très-mal soignés (environ 1,500 chevaux), on n'a pas rencontré un seul cas de morve.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice topogra-

phique sur la ville et le territoire de Maskara, par M. *Haspel*, médecin ordinaire, t. VIII, p. 83 à 117.

La ville de Maskara, chef-lieu de la quatrième subdivision de la province d'Oran, est située à 2° 22′ de longitude occidentale, et à 35° 36′ de latitude septentrionale. Bâtie sur un plateau élevé à plus de 200 mètres au-dessus du niveau de la mer, elle occupe le versant méridional du Charebel-Rihh, un des rameaux de la chaîne littorale du petit Atlas.

Eaux. Quatre grandes fontaines abreuvent la ville.

Maskara possède aujourd'hui deux grandes casernes neuves, bien aérées, bien exposées, pouvant contenir plus de 2,000 hommes et 1,600 chevaux. L'hôpital militaire comprend deux grands bâtiments.

La population de Maskara est de 3,984 individus, dont 1,302 Européens et 2,682 indigènes.

Les terrains qui entourent Maskara, dans un rayon de deux kilomètres environ, sont soigneusement cultivés. Le sol est partout presque entièrement calcaire.

Les vents du nord et du nord-est sont ceux qui soufflent le plus fréquemment, puis viennent ceux de l'ouest. En hiver, le ciel est souvent chargé de nuages et d'épais brouillards qui enveloppent les plaines.

Quatre périodes bien tranchées, au point de vue de la pathologie, divisent l'année. La première période commence en mars et finit en juin. La deuxième période comprend les mois de juillet, août et septembre. La troisième période commence en octobre et finit dans le courant de décembre. Enfin la quatrième période comprend la dernière moitié de décembre, janvier, février et le commencement de mars.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie médicale, histoire de l'endémo-épidémie de 1850 et notice sur les eaux thermales de Civita-Vecchia, par M. *Jacquot*, médecin aide-major de 1re classe, t. X, p. 39 à 98.

Civita-Vecchia a succédé, après les vicissitudes des temps et des événements, à l'ancienne Centumcellæ, qui date de l'époque étrusque. Par 42° 5′ 24″ lat. N. et 29° 17′ long. E., sur les dernières ondulations de collines qui viennent mourir dans la mer, la ville de Civita-Vecchia est assise sur le long du rivage Tyrrhénien, qui court du N.-N.-O. au S.-S.-E. Civita est couvert à l'est par une chaîne élevée; cette ville reçoit, au contraire, directement tous les vents du sud et de S.-O., de l'ouest et du N.-O.

Le territoire de Civita-Vecchia n'est pas riche en sources ni en cours d'eau ; cependant au nord et au sud de la ville, la mer reçoit le tribut de plusieurs courants d'eau douce. L'embouchure des cours d'eau de Civita présente une particularité qu'il ne faut pas perdre de vue. Pendant l'été, lorsque les eaux sont basses, la barre est si forte, qu'elle forme

entre la bouche et la mer une digue non interrompue, limitant une sorte de mare dont les eaux ne se rendent à la mer qu'en filtrant entre les galets de cette digue : mais le flot marin soulevé franchit aisément cette barre et mêle ses eaux salées aux eaux douces stagnantes dans le petit lac.

A Civita-Vecchia, la température est beaucoup plus égale qu'à Rome, soit qu'on la considère dans l'espace d'une année soit, dans un nychthémère.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice topographique et médicale sur Biskara, par M. *Beylot*, médecin aide-major de 1re classe, t. XI, p. 210 à 239.

L'oasis dans laquelle se trouve le fort habité par la garnison de Biskara est situé au commencement d'une plaine immense que l'on suppose dépendre du grand désert de Sahara. L'oasis de Biskara a la forme d'un cercle irrégulier dont le diamètre moyen peut être estimé à 2,500 mètres. Cet espace est couvert presque entièrement par une forêt de palmiers. Les vents dominants sont ceux du nord-ouest et du nord d'une part, et ceux du sud-est et de l'est d'autre part. Les pluies sont très-rares et très-peu abondantes ; les deux mois de pluies sont mars et février.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notes et documents pour servir à la topographie médicale d'Orléansville, par M. *Barby*, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire d'Orléansville, t. XII, p. 125 à 155.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice topographique et médicale sur Orléansville, par M. *Dussourt*, médecin-major de 1re classe, t. XII, p. 75 à 125.

Orléansville est située sur la rive gauche du Chélif, à 25 mètres environ au-dessus du niveau de ce fleuve.

Orléansville, chef-lieu de subdivision et résidence d'un commandant supérieur de cercle, est à 52 kilomètres de Ténès et à 180 d'Alger ; 120 kilomètres à peu près la séparent de Mostaganem, où le Chélif vient se jeter dans la mer. Elle se trouve à 36 degrés 9 minutes de latitude nord, et à 1 degré 1 minute de longitude ouest du méridien de Paris. Sa population, qui était de 900 habitants en 1849, de 800 en 1850, n'est plus aujourd'hui que de 700.

L'origine d'Orléansville date de 1843. C'est le maréchal Bugeaud qui, guidé par les restes d'anciens édifices épars sur le sol, et surtout par le voisinage d'une des plus considérables rivières de l'Algérie, désigna lui-même le mamelon sur lequel elle a été bâtie.

Orléansville s'élève légèrement en amphithéâtre sur la rive gauche du Chélif. Ses bas quartiers, doucement inclinés vers le fleuve, dominent son niveau de 20 mètres environ ; les quartiers supérieurs se trouvent à 30

et 35 mètres au-dessus de ses eaux. Cette place a un mur d'enceinte fortifié d'une étendue de 4 à 5 kilomètres.

C'est habituellement pendant les mois d'octobre et de novembre que les pluies sont le plus continues. C'est la température de l'été qui caractérise le climat d'Orléansville, c'est son élévation insolite, exceptionnelle, pendant trois mois de l'année, qui en fait un séjour généralement redouté. A Orléansville, la température moyenne de l'été est de 10 degrés plus chaude qu'à Paris, et elle dépasse de près de 5 degrés celle d'Alger. Aussi, pendant ces mois de sécheresse et de souffrances, depuis dix heures du matin jusqu'à six heures du soir, condamné à la réclusion la plus absolue dans de modestes logements, on est obligé de prendre, contre les atteintes de la chaleur, des précautions beaucoup plus minutieuses que pour se garantir des frimas les plus rigoureux de notre France. La campagne est brûlée, la terre desséchée à une grande profondeur, la plupart des cours d'eau taris; les montagnes qui dominent la ville ne présentent qu'un front nu et crevassé.

L'eau du Chélif, presque toujours trouble et vaseuse, surtout pendant les crues de l'hiver, est presque la seule qui soit employée comme boisson et serve aux usages domestiques.

La population d'Orléansville se compose d'un mélange de Français, d'Espagnols, d'Italiens et de Maltais, que l'appât du lucre a appelés dans ces tristes parages. En fait d'indigènes domiciliés dans la place, il y a aujourd'hui quatorze juifs et vingt-deux musulmans.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Essai d'une topographie médicale du bassin de Tlemcen, par M. *Catteloup*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen, t. XII, p. 155 à 222.

La ville se divise en trois quartiers : 1° celui des Koulouglis, parfaitement sain, qui renferme, dans le Mechouar, le nouvel hôpital de 420 lits, trop rapproché d'une caserne qui, en outre, masque la vue du côté de l'est, et, en dehors de cette ancienne citadelle, la caserne de Gourmela, dont le choix de l'emplacement, au centre de la ville, n'a pas été le résultat d'une idée heureuse ; 2° le quartier des juifs, au milieu duquel on a percé quatre belles rues, mais dont les maisons renferment à l'intérieur des causes nombreuses d'insalubrité ; 3° enfin le quartier des Hadais, où les enfants végètent étiolés, exposés aux influences fâcheuses de l'encombrement et de la malpropreté.

Les eaux sont extrêmement abondantes, limpides, d'une fraîcheur et d'une saveur très-agréables. Trois grands conduits les prennent dans les flancs de la montagne de Lalla-Seti pour les réunir dans un château d'eau, d'où elles sont distribuées dans la ville. Mais ces trois conduits ont le désavantage de passer sous le cimetière européen, qui a encore l'inconvénient d'être placé trop près, sous le vent du sud.

Le bassin de Tlemcen est en grande partie formé de plaines, de terres

à grandes cultures. Le territoire se compose en général de calcaire et de grès dur, de terre végétale recouvrant de l'argile. On y rencontre des plantes à l'état fossile, des poudings dans le lit des rivières, des roches volcaniques, le terrain crétacé, de la pouzzolane, du basalte, du lignite, du marbre blanc, des minerais de fer, de cuivre et de manganèse. Il n'existe aucun marais type.

Dans les plaines on remarque dans certains endroits, au-dessous d'une couche de terre d'un jaune rougeâtre, une croûte calcaire peu épaisse, mais très-dure, qui s'oppose à ce que les arbres puissent y croître, ni s'attacher au sol par des racines profondes.

Depuis les prairies naturelles, dont on retire d'avantageux produits, jusqu'aux forêts d'oliviers et d'arbres de construction, le bassin de Tlemcen peut fournir au commerce et à l'industrie tout ce qui est nécessaire aux besoins de la vie, et si jamais le problème de la vie à bon marché doit avoir un jour une solution en Algérie, ce sera assurément dans le pays de Tlemcen.

La température la plus basse observée depuis 1842 à Tlemcen a été de + 2° et la plus élevée de 45°.

La moyenne par trimestre a varié comme il suit :

1er trimestre, de 9 à 11
2e trimestre, de 18 à 20
3e trimestre, de 26 à 27
4e trimestre, de 12 à 15

La température moyenne de l'année a été entre 17 et 18. Les vents dominants sont l'ouest et le sud ouest pour l'hiver, et le nord pour l'été.

La moyenne des jours de pluie par année ne dépasse pas 36 jours. La moyenne de l'hygromètre est entre 50 à 55 degrés. Les gelées blanches sont assez fréquentes l'hiver pendant la nuit, et chaque année il tombe de la neige.

La pureté du ciel et l'ardeur du soleil ne durent sans interruption que pendant les mois de juillet, d'août et de septembre.

Quoique la chaleur ne s'élève pas autant que sur le littoral et dans la plupart des contrées algériennes, elle n'en est pas moins très-sensible. Elle doit être en grande partie cause des maladies endémo-épidémiques ; elle est d'autant plus nuisible à la santé qu'elle ne règne pas toujours d'une manière uniforme. L'homme soigneux de sa santé peut en atténuer les effets, ce que ne peuvent pas toujours faire le militaire ni le colon nécessiteux.

Non-seulement la chaleur produit des effets nuisibles par elle-même, mais encore, en activant le dégagement des miasmes insalubres des foyers d'infection, elle est une cause puissante de débilitation et de maladies.

Causes accidentelles. Miasmes. Tlemcen, dominant une plaine admirablement cultivée, où l'activité agricole laisse peu de place aux surfaces palustres, ne connaît point l'endémo-épidémie des contrées marécageuses. Les troupes campées dans différentes parties de son territoire y contractent souvent la fièvre et des maladies ignorées des citadins

sédentaires qui, dans les murs, ne sont sujets qu'à des fièvres rares et bénignes, dues à l'humidité des rez-de-chaussée.

Les maladies endémo-épidémiques sont les flux intestinaux, les affections du foie et les fièvres intermittentes. Celles-ci toutefois sont extra-urbaines.

La gravité des dyssenteries, dépendant principalement des influences climatériques, est pourtant singulièrement activée par les infractions hygiéniques, les fatigues, les privations, une installation défectueuse. Ainsi depuis la pacification de l'Algérie, la mortalité a considérablement diminué.

L'auteur, qui sépare étiologiquement les fièvres de la dyssenterie, auxquelles on avait attribué une parenté étroite, fait voir que les deux épidémies ne sont point parallèles dans leur développement; le maximum des dyssenteries arrive à la fin de juillet ou dans le mois d'août, tandis que l'apogée des fièvres coïncide avec septembre et octobre Il est également fort remarquable que les fièvres et les dyssenteries ne soient pas également fréquentes dans la même année, et qu'au contraire l'une domine quand l'autre diminue.

Les fièvres entraînent moins de mortalité que la dyssenterie, car on ne compte qu'un décès sur 32 malades, tandis que la dyssenterie a enlevé 1 homme sur 6 environ jusqu'en 1849.

La cachexie paludéenne entre pour une grande part dans la mortalité par suite de fièvres, puisque sur 448 cas il y a eu 127 décès.

L'auteur passe en revue, dans la catégorie des maladies qui n'appartiennent pas spécialement au climat algérien : 1o la fièvre typhoïde; 2o les fièvres éruptives; 3o les affections pulmonaires; 4o le choléra, puis il termine par les ophthalmies purulentes.

La fièvre typhoïde n'existe généralement que chez les nouveaux débarqués, et elle devient de plus en plus rare, à moins que le séjour en Algérie date de plus longtemps.

Il est incontestable que la phthisie est rare dans la subdivision Tlemcen, puisque, dans 1104 nécroscopies, les poumons n'ont offert que 88 fois des tubercules, et que sur 12,851 malades, l'auteur n'a observé que 16 phthisiques dont 13 ont succombé.

L'ophthalmie est endémo-épidémique à Tlemcen et parcourt ses périodes, comme la dyssenterie et les fièvres, dans la saison estivo-automnale. Elle est bien plus rare chez le soldat qu'en ville, et les juifs ainsi que les Arabes en sont plus souvent atteints que les Européens. Elle a une même tendance à devenir purulente, et la vue est compromise en peu de temps. La cautérisation avec le nitrate d'argent est le remède par excellence.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Climatologie et constitution médicale de la campagne et de la ville de Rome en 1849 et 1850, par M. *Armand*, chirurgien aide-major au 36e régiment d'infanterie de ligne, t. VII, p. 146 à 175.

La campagne de Rome est comprise entre l'Apennin ou ses ramifications et les rives de la mer Tyrrhénienne, c'est-à-dire entre un grand arc montagneux dont le littoral serait la corde, et dont le Tibre représenterait la flèche. Le printemps y est pluvieux et très-variable : en été, les chaleurs sont accablantes, et l'hiver a présenté des rigueurs qui ne le cèdent en rien à celles des hivers ordinaires du centre de la France.

Le vent du nord est dominant ; le vent du sud est fréquent, le vent de l'ouest l'est moins ; le vent de l'est ne s'observe qu'exceptionnellement.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie médicale de Besançon, par M. *Artigues*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Besançon, t. XIII, p. 1 à 50.

Le département du Doubs, traversé par quatre chaînes des monts Jura marchant en lignes parallèles à celles des Alpes, se présente sous la forme d'un vaste amphithéâtre, disposé en triangle irrégulier. La ville est située dans le plateau le plus inférieur des monts Jura, et par rapport à l'élévation graduelle du terrain. Besançon est réputé en plaine, tandis que les autres plateaux forment la moyenne et la haute montagne. Les vents dominants du pays suivent naturellement la direction des chaînes et des vallées ; ils ne sont que de deux sortes : ceux du midi, et ceux du nord. On a obtenu, pour l'année 1852, les moyennes générales suivantes :

Baromètre		40,79
Thermomètre		10,58
Pluies	à la Faculté	1,195
	au fort Bregille	0,740

Besançon, à 259 mètres au-dessus du niveau de la mer, est situé à 47 degrés 14′ 12″ de latitude, et par 23 degrés 46′ 40″ de longitude du méridien de Paris.

Le recensement de 1851 accuse un total d'habitants de.... 41,205

Celui de 1846 n'était que de........................ 39,949

Dans une période de dix années, il est né 357 enfants du sexe masculin de plus que de l'autre sexe. Pendant la même période, il est mort 481 individus dans le sexe féminin de plus que dans le masculin, ce qui, ajouté à la différence des naissances, établit le chiffre de 838 comme résultat défavorable à la population féminine. A part une année, celle de 1843, les naissances chez les hommes ont toujours été supérieures aux décès, et le résultat de ces deux termes établit le chiffre de 637 en faveur des naissances ; chez les femmes, au contraire, la même comparaison établit une supériorité de 201 décès sur les naissances.

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° La tuberculisation est fréquente à Besançon.

2° Elle est d'origine aiguë ou diathésique.

3° Quelle que soit son origine, le climat de Besançon la développe,

soit en opérant par son humidité constante sur un vice de la nutrition, soit en agissant par le froid âcre et pénétrant sur les poitrines délicates.

4° Le climat de Besançon provoque surtout les affections de poitrine.

5° La répétition des phlegmasies aiguës tourne aux affections chroniques et détermine à la longue la tuberculisation d'origine inflammatoire.

6° Cette origine a une double cause : 1° toutes les influences asthéniques au milieu desquelles vivent les malades, et qui préparent, pour ainsi dire, l'évolution à cette maladie ; 2° les irritations successives localisées sur les organes respiratoires, et qui deviennent ainsi l'épine et le centre, c'est-à-dire la cause et l'effet de la tuberculisation d'origine inflammatoire.

7° Le climat, par ses caractères particuliers, est la cause première et secondaire de tous ces accidents; les prédispositions diathésiques s'y développent fatalement, et les premières atteintes des phlegmasies aiguës y sont plus dangereuses que partout ailleurs, parce qu'elles tendent à s'y répéter et à s'y développer de nouveau.

8° Le meilleur moyen de corriger cette tendance, quand elle se développe, c'est le renvoi de l'homme dans ses foyers, à titre de réforme ou de congé de convalescence.

9° Les entrées successives à l'hôpital sont dangereuses, par l'influence des causes asthéniques de toute sorte qui y atteignent les malades.

10° Il faut que les hommes qui ne peuvent être envoyés en convalescence, faute de ressources, soient tenus à l'infirmerie du corps à un régime fortifiant et à une hygiène particulière; qu'ils y reçoivent pendant l'hiver des gilets de flanelle et des chaussettes de laine. En agrandissant de cette minime dépense les ressources dont dispose l'infirmerie du corps, on préviendrait beaucoup de rechutes.

11° La phthisie pulmonaire diathésique est toujours, à Besançon, sollicitée par des phlegmasies ou des affections catarrhales.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie physique et médicale de Besançon et de ses environs, par M. *Forgemol*, chirurgien-major de 1re classe au 3e régiment de hussards, t. XIII, p. 50 à 152.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Rapport sur la constitution médicale d'Andrinople, par M. *Cazalas*, médecin aide-major de 1re classe, t. XIV, p. 1 à 55.

Andrinople (Eternèh des Turcs), capitale de la Roumélie, ancienne résidence des sultans, est située au centre de la Turquie d'Europe, à 23 myriamètres de Constantinople, au 42e degré de latitude, et entre les 24 et 25e degrés de longitude est. Sa population est de 80,200 habitants. A l'est, et au nord-est, elle est dominée par une hauteur qui est la continuation de la crête sur laquelle elle est bâtie, ce qui la met, en partie, à l'abri des vents de ce côté, tandis qu'elle est largement ouverte

à tous les autres vents. Trois cours d'eau, provenant de points différents, viennent se réunir presque au même point, marcher ensuite ensemble, et se jeter, sous le nom de Maritza, dans la Méditerranée, au golfe d'Enos.

Si l'aspect de la ville est séduisant quand on n'en considère que la surface, le voile des illusions tombe vite quand on pénètre dans son intérieur et qu'on l'examine dans ses détails. Les hivers et les printemps sont plus froids, et les étés et les automnes plus chauds que dans les pays de l'Europe occidentale situés sur le même degré de latitude.

Nous pouvons dire que les maladies de l'hiver, à part les reliquats de l'été et de l'automne, sont généralement inflammatoires avec tendance à la putridité; qu'elles sont plutôt locales que générales, et qu'elles se localisent de préférence dans des organes de l'appareil de la respiration; que les affections du printemps sont rares, superficielles, bénignes, rarement générales, le plus souvent localisées sur les membranes plutôt que dans les parenchymes; que les maladies de l'été, généralement très-nombreuses, se dépouillent presque complétement du caractère inflammatoire des affections de l'hiver et du printemps, pour devenir franchement bilieuses avec intermittence ou rémittence; que les maladies de l'automne, tout en conservant le caractère bilieux et rémittent de l'été, diminuent de nombre, à moins d'intempérie météorologique particulière, après l'apparition des premières pluies et les progrès de la fraîcheur. Ce n'est pas au climat qu'il faut attribuer le grand nombre de phthisiques que l'on rencontre à Andrinople, mais bien, au moins pour la plus large part, à des conditions particulières de localité.

Les affections scrofuleuses sont extrêmement fréquentes à Andrinople et dans les pays voisins.

La folie est presque inconnue en Turquie ; tous les fous de la province d'Andrinople sont enfermés dans un coin de la mosquée Bajazet ; ils sont au nombre de quatre, deux depuis cinq ou six ans, et les autres depuis deux ans.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Météorologie, observations faites à l'ambulance de Laghouat (Algérie), par M. *F. Petitet*, médecin aide-major, t. XIII, p. 423 à 428.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notice topographique et médicale sur le cercle de Guelma, par M. *Cuveillier*, médecin-major de 2e classe, t. XVI, p. 47 à 106.

Si l'on prend pour point central du cercle, 1° la plaine de Guelma ; 2° la vallée et la portion du cours de la Seybouse qui sillonne la plaine par ses nombreux méandres, on trouve que les villages de Millésimo, Petit, Héliopolis, Oued-Touta, la ferme de Medjez-Amar, appartiennent à une zone spéciale, soumise à des causes résultant de ces trois influences : la plaine, l'eau, et l'encaissement produit par les montagnes. Le Bordj

de Souq-Héras, le camp d'Aïn-Schougga, situés dans des points plus élevés et plus salubres, échappent à l'influence des causes précédemment signalées.

On observe, dans ces lieux élevés, les maladies des climats tempérés. La misère, le dénuement absolu des habitants, à l'époque de leur installation au village de Nech-Meya, ont été pour ces pauvres gens les causes principales de maladies; la position topographique de ce village ne le place pas dans des conditions paludéennes. Enfin, la situation particulière de Guelâat-Bousba, son exposition défavorable aux vents du sud (dominant presque à l'exclusion des autres, qui sont arrêtés par des montagnes) rendrait seule ce village peu salubre.

L'année se divise en deux périodes : l'une ordinaire, et l'autre endémo-épidémique. Dans la première période, qui comprend les cinq à six premiers mois de l'année, on observe les premières invasions de février chez les personnes qu'elle avait jusqu'alors épargnées.

Les pneumonies sont assez fréquentes en février, en mars et en avril. Il est incontestable que la phthisie est ici très-rare ; je ne l'ai jamais vue naître spontanément à Guelma. Sa marche m'a toujours paru ralentie sous l'influence du climat.

L'état typhoïde se montre comme complication de fièvres rémittentes, mais la fièvre typhoïde de France est pour ainsi dire inconnue à Guelma.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Essai topographique sur les mines métallifères de Gar-Rouban, par M. *Castex*, médecin aide-major de 2e classe, t. XVI, p. 164 à 179.

Le poste de Gar-Rouban se trouve dans la province d'Oran, subdivision de Tlemcen, à 52 kilomètres ouest de Sebdou et à 42 kilomètres sud de Lalla-Maghrnia, sur la limite territoriale de nos possessions et du pays marocain. La compagnie actuelle des mines a fait construire une redoute crénelée sur la crête d'un mamelon au pied duquel coule l'Oued-Kseub.

La chaleur est très-forte dans ces montagnes de sept à neuf heures du matin, et de midi à deux heures du soir. A cette heure se lève un vent du nord-ouest qui, pendant les premières chaleurs de la saison, vient sans trop de violence refroidir l'atmosphère. Mais, vers la fin de juillet, ce vent amène une très-grande élévation de la température.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Notes médicales sur l'Oued-R'rir et sur Tuggurt, par M. *E. Limayrac*, médecin aide-major, t. XVIII, p. 88 à 98.

Tuggurt est situé à 54 mètres au-dessus du niveau de la mer. Sa température, en décembre et janvier, a été de 20° à 30° dans le jour, et de 5° à 10° pendant la nuit ; le thermomètre est descendu quelquefois plus bas, et, entre autres jours, le 24 décembre, il est tombé à 2°.

Tuggurt est la capitale de l'Oued-R'rir, et contient trois à quatre mille habitants ; elle est entourée d'un mur d'enceinte, et ses maisons sont construites en terre séchée au soleil.

La population de tout l'Oued-R'rir et de Tuggurt se rapproche du type nègre ; c'est un mélange formé par les nègres du Soudan et les blancs de l'intérieur. La population la plus vigoureuse, celle qui semble le moins souffrir des miasmes et de la chaleur, est la race nègre qui a été importée par les caravanes. On trouve chez ces populations beaucoup de nains.

L'Oued-R'rir, comme tous les pays du Sahara algérien, appartient aux terrains tertiaires ; sa partie ouest n'offre que des dunes de sable ; sa partie est est occupée par des marais salés ou de vastes plaines recouvertes d'efflorescences salines.

Tuggurt est situé entre le 33e et le 34e degré de latitude nord, au 4e degré est de longitude, et se trouve à 54 mètres au-dessus du niveau de la mer. C'est à l'extrémité sud-ouest de tout un groupe d'oasis de douze kilomètres de longueur que se trouve cette ville, bâtie sur un terrain incliné vers le sud-est, et entourée d'un fossé rempli d'eau, de quinze mètres de largeur environ et d'une profondeur de deux ou trois mètres. Deux maladies endémo-épidémiques règnent dans cette ville pendant l'année : la première est une fièvre rémittente gastrique, qui devient souvent pernicieuse, et que les habitants nomment le tséhma ou oukreum ; la deuxième est l'ophthalmie purulente, qui sévit pendant toute l'année, mais principalement pendant les mois d'août et de septembre.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Lunéville et sa division de cavalerie, topographie, statistique, hygiène, maladies, par M. *C. Saucerotte*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lunéville, t. XX, p. 117.

L'arrondissement de Lunéville, compris en grande partie dans le bassin de la Meurthe, est borné, au nord, par l'arrondissement de Château-Salins, au sud, par le département des Vosges dont il forme la limite ; à l'est, par l'arrondissement de Sarrebourg ; à l'ouest, par celui de Nancy. Sa superficie est de 124,053 hectares ; sa latitude, du 48° 24′ au 48° 43′.

Bien que le département de la Meurthe se trouve dans la zone tempérée, le climat, comparé à celui de l'ouest, a été rangé, en raison de la rigueur des hivers et des chaleurs qu'on peut y éprouver en été, parmi les climats excessifs. Le maximum observé au chef-lieu a été de 37°,6 (été de 1782), et le minimum de 26°,3. Le vent de sud-ouest, le plus fréquent, souffle 87 5/12 ; le nord-est, 68 4/12 ; le sud, 54 ; l'ouest, 45 7/12 ; le nord, 40 6/12 ; l'est, 22 7/12 ; le nord-ouest, 20 10/12 ; le sud-est 20 4/12. La moyenne d'eau recueillie au chef-lieu est de huit cent vingt-six millimètres ; la moyenne annuelle des jours de pluie de plus de cent soixante-six ; celle des jours de neige dépasse vingt-huit ; celle des jours purs ou presque purs, de treize seulement (Simonin).

La population fixe de Lunéville est de 11,969 habitants, elle n'a pas augmenté depuis vingt-cinq ans ; sa population flottante est de 3,232

(en 1856). Le nombre des naissances pour l'arrondissement a varié dans ces mêmes années de 1,931 (en 1847) à 2,307 (en 1845); et à Lunéville de 254 (en 1855) à 329 (en 1851). La moyenne annuelle pour Lunéville est de une naissance pour quarante individus. Les décès, qui sont en France de un sur trente et un dans les chefs-lieux d'arrondissement, et de un sur cinquante dans le reste de la population, ont été à Lunéville dans les dix dernières années, de un sur cinquante-cinq.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. —Notice topographique sur Tébessa, par M. *Mutel*, médecin aide-major de 2e classe au 40e régiment de ligne, t. XX, p. 362.

Située à 35° 20′ latitude nord et 5° 40′ longitude est, à 240 kilomètres de la côte méditerranéenne, à proximité du Djerid et du Souf, pays des oasis où croît le dattier, à la limite supérieure des hauts plateaux de la chaîne atlantique, Tébessa possède un climat mixte qui tient des climats chauds par sa latitude et des climats tempérés par son altitude. La température, très-élevée pendant l'été, est abaissée pendant l'hiver par le voisinage de hauts pitons sur lesquels la neige s'accumule. Les vents d'ouest, très-fréquents pendant l'hiver, pénètrent par la partie la plus évasée de la plaine et passent violemment sur la ville, qui, se trouvant à la partie rétrécie, ressent l'effet de la compression des courants. Le sirocco, avec ses bouffées ardentes et son brouillard sablonneux, souffle pendant presque tout l'été et une partie de l'automne. Les pluies arrivent à la fin de l'automne et en hiver. Le voisinage des hauts pitons qui se chargent facilement d'électricité rend les orages très-communs à cette saison. La neige dure peu dans la plaine, mais elle persiste sur les montagnes jusqu'aux mois de mars et d'avril.

La ville occupe un quadrilatère fermé par un mur très-élevé, flanqué de tours qui datent de sa restauration par Soliman. On y entre par deux portes : l'une au nord, Porte-Vieille (Bab-el-Kodim), traverse l'arc-de-triomphe; l'autre, Porte-Neuve (Bab-el-Djedim), est à l'est.

Les côtés est et sud sont abritées par des montagnes qui appartiennent à la chaîne des Aurès ; les côtes nord et ouest regardent la plaine.

Il n'y a pas non plus d'endémies proprement dites : chaque saison ramène une constitution temporaire. Pendant le temps d'hivernage, on observe des angines, des bronchites, quelques pneumonies, enfin tout le cortége des affections catarrhales. A la saison estivale paraissent les fièvres intermittentes et rémittentes, les diarrhées, les ophthalmies.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie de Tuggurt, par M. *Baelen*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 62.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie de Gallipoli, de Varna et de la Dobrutscha, par M. *Quesnoy*,

médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde, t. XX, p. 241, 251, 256.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE. — Topographie médicale de Viterbe. — *Voy.* VITERBE.

TOXICOLOGIE. — De la recherche des poisons minéraux dans le système nerveux, à la suite des empoisonnements aigus, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 266.

Dans son ensemble, dit l'auteur, cette question ne paraît pas avoir été l'objet d'un examen spécial. Quelques chimistes s'en sont occupés, mais les résultats les plus frappants, bien qu'ils aient plutôt rapport aux cas d'intoxication lente, sont ceux consignés par M. Millon dans son travail sur la permanence de l'antimoine au sein des organes vivants. — Ce chimiste distingué a vu l'antimoine se condenser sur le cerveau en plus grande proportion que sur le foie, lorsque la mort frappe les animaux au milieu d'un cortége de symptômes nerveux.

Les quatre substances métalliques sur lesquelles ont porté les essais de M. Roucher, l'arsenic, le mercure, le cuivre et le plomb, ont pu être retrouvées dans l'encéphale.

TOXICOLOGIE. — Mémoire sur le traitement des matières organiques en vue de la recherche des poisons, par M. *C. Roucher*, pharmacien aide-major, t. VIII, p. 270.

On peut rattacher les différents modes de traitement des substances d'origine organique, appliqués à la recherche des poisons aux trois méthodes suivantes :

1o Dissolution de la matière organique, le plus souvent accompagnée d'une destruction plus ou moins profonde.

2° Carbonisation et lavage du charbon obtenu à l'aide de liquides appropriés, pour lui enlever les substances minérales à retrouver.

3o Incinération et examen direct de la partie minérale devenue accessible à l'action des réactifs.

La carbonisation est la plus infidèle de toutes les méthodes et laisse, quoi qu'on fasse, une partie de la matière à déceler fixée opiniâtrément sur le charbon.

Cette carbonisation est cependant le préliminaire indispensable de l'incinération et le procédé le plus convenable pour l'effectuer repose sur l'emploi méthodique et simultané des acides azotique et chlorhydrique. — Ce dernier procédé est même indispensable pour la recherche des compo-

sés d'antimoine, d'arsenic et de mercure que leur volatilité empêcherait d'isoler par voie d'incinération.

TRACHYS PYGMÆA. — Essai sur les métamorphoses du trachys pygmæa, insecte de la famille des buprestides, par M. *Leprieur*, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Bône, t. XIX, p. 317. — *Voy*. BUPRESTIDES.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES. — Listes des travaux scientifiques adressés au Conseil de santé, t. XXI, p. 457, et t. XXII, p. 443.

TRIPIER, *pharmacien principal* (1). — Note sur la composition chimique de l'eau économique de Biskara, puisée à l'entrée de l'oasis, t. XI, p. 257. — Nouvelles observations relatives au choix, à la conservation et à l'emploi des sangsues, t. XX, p. 453. — Nouvel examen de la sangsue algerienne, entrepris par ordre de M. le ministre de la guerre, en vue des doutes qui existent encore sur sa valeur thérapeutique comparée à celle des espèces qui ont le privilége d'alimenter le commerce, t. XVII, p. 351.

TROUPES. — Instruction du Conseil de santé à l'effet de guider les troupes dans la composition de leur régime alimentaire, t. V, p. 343. — Du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes et de la composition chimique du son, par M. *Poggiale*, pharmacien principal, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XII, p. 351. — Rapport inédit de Parmentier sur le pain des troupes, annoté par M. *Poggiale*, pharmacien principal, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie du Val-de-Grâce, t. XVIII, p. 406.

TROY, *chirurgien-major de* 1re *classe au* 10e *régiment*

---

(1) Pharmacien principal de 1re classe, chef de l'hôpital du Gros-Caillou.

d'artillerie (1).—Observation d'une plaie pénétrante de la poitrine suivie de mort, t. X, p. 282. — Autre observation de plaie pénétrante de la poitrine, *ib.*, p. 287. — Observation d'un cas de tétanos traumatique survenu à la suite d'un coup de feu reçu à bout portant, *ib.*, p. 293. —Observation d'une plaie transversale du cou produite par un instrument tranchant et ayant divisé plus de la moitié de l'espace hyo-thyroïdien, *ib.*, p. 297. — Observation d'un cas de fracture extra-capsulaire du col du fémur, *ib.*, p. 301.

TUBERCULISATION. — De la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte, comprenant un aperçu du mécanisme des hydropisies en général, par M. *Marchal* (*de Calvi*), chirurgien-major, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, t. V, p. 246 à 261.

La tuberculisation ganglio-bronchique, regardée comme spéciale à l'enfance, affecte aussi les adultes. Elle peut se terminer subitement par la mort, par suite de l'occlusion de la trachée et des bronches, occlusion produite instantanément par les ganglions tuberculeux très-développés. — A part cette occlusion instantanée, elle détermine graduellement le rétrécissement de la trachée et des bronches. Il est probable qu'elle offre chez l'adulte les autres modes de terminaison, si divers et si remarquables, qu'elle offre chez l'enfant.

L'hydropisie qu'on observe dans cette maladie, tant chez l'enfant que chez l'adulte, est due à la compression des veines par les tumeurs ganglio-bronchiques.

TUBERCULISATION. — Observation de tuberculisation des ganglions bronchiques, par M. *Bernier*, chirurgien aide-major en chef à l'hôpital militaire de Sarreguemines, t. XVIII, p. 300 à 308.

TUGGURT. — Notice sur l'expédition de Tuggurt, par M. *Baelen*, médecin aide-major de 1re classe, t. XVII, p. 31.—Notes médicales sur l'Oued-R'rir et sur Tuggurt, par M. *Limayrac*, médecin aide-major, *ib.*, p. 89.

---

(1) Admis à la retraite.

TUMEURS. — Observation de tumeurs encéphaloïdes énormes développées dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, sur le détroit supérieur du bassin et sur la colonne vertébrale, par M. ***Hecquin***, chirurgien-major, t. III, p. 187.

TUMEURS. — Observation d'une tumeur sphérique dans l'hémisphère droit du cerveau, par M. *Gaudineau*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, p. 258. — Observation d'une tumeur développée dans le cerveau, par M. *Lallemand*, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital du Val-de-Grâce, t. XIV, p. 192. — Tumeur encéphaloïde enkystée, en connexion avec le plexus choroïde, contenue dans le ventricule latéral droit du cerveau, par M. *Vedrenes*, aide-major de 2e classe au 21e léger, *ib.*, p. 203.

TUMEURS BLANCHES. — Mémoire sur les effets des eaux de Baréges dans le traitement des tumeurs blanches, par M. *Stanislas Duplan*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Baréges, t. VII, p. 235.

L'auteur expose que dans le diagnostic des tumeurs des articulations on doit toujours rechercher avec soin si l'engorgement, d'apparence ou de nature scrofuleuse, tient spécialement à l'altération des ligaments, des glandes ou de la membrane synoviale, des cartilages ou des os.

Dans son opinion, il y a tumeur rhumatique, si les tendons, les ligaments, la séreuse sont seuls affectés, avec ou sans nodosité volumineuse, comme dans le rhumatisme goutteux. Il y a tumeur arthritique, si les cartilages sont atteints ; dépôt, engorgement péri-articulaire, si le tissu cellulaire seul est malade.

Ce qui, à ses yeux, caractérise essentiellement la tumeur blanche, c'est la maladie de l'os dans son extrémité spongieuse, dans sa portion articulaire, avec participation presque constante des divers tissus qui l'entourent ou s'incrustent sur elle.

Après avoir défini la nature des tumeurs blanches, l'auteur en décrit les divers degrés de gravité qu'il réduit à trois principaux, et fait remarquer que cette affection peut être primitive, et se propager, par la contiguïté de tissus, de l'os aux cartilages, aux fibro-cartilages, à la membrane synoviale et aux ligaments articulaires ; ou bien secondaire, après s'être avancée de proche en proche de l'extérieur à l'intérieur, en raison de la facilité avec laquelle l'inflammation passe de l'un de ces tissus à l'autre, dans un contact si intime et dans des rapports si étroits de fonctions et

de nutrition. De là les combinaisons nombreuses et variées qui peuvent e produire.

Dans ces considérations générales, l'auteur a voulu préciser son sujet et déterminer l'exacte signification des mots qu'il emploie, afin de présenter avec plus de clarté ce que les tumeurs blanches ont offert de notable danss a clinique thermale, de 1842 à 1850 inclusivement.

Pendant ces neuf années, M. Duplan a traité cent soixante-treize tumeurs blanches à l'hôpital thermal de Baréges. L'observation de ces nombreux cas lui a fourni l'occasion de faire des remarques sur la disposition des sujets, par leur tempérament et la nature molle de leur constitution, à contracter cette maladie, sur la moyenne de l'âge des malades et sur le degré de susceptibilité des diverses articulations.

Relativement à ce dernier point, M. Duplan a constaté les faits suivants : toutes les articulations sont exposées aux tumeurs blanches, mais avec une différence de proportion numérique en rapport avec leurs dimensions, l'étendue, la multiplicité de leurs mouvements et l'importance de leur action dans l'économie. La différence est considérable entre les membres thoraciques et les membres abdominaux, tandis qu'il n'y en a réellement pas entre le côté droit et le côté gauche du corps. La disproportion entre le genou et les autres articulations est frappante, puisque cette articulation absorbe à elle seule presque la moitié de la totalité du chiffre des tumeurs blanches.

L'auteur étudie ensuite les symptômes que lui ont présentés les cent soixante-treize cas de tumeurs blanches confiés à ses soins, et donne, comme il suit, l'énumération des signes généraux qui lui ont paru les plus caractéristiques : tumeur de forme variée, envahissant une ou plusieurs articulations sur un sujet dont la constitution était plus ou moins souffreteuse, et le tempérament le plus communément lymphatique ; tumeur recouverte d'une peau évidemment blanchie, molle et d'une température au-dessous de celle des autres parties du corps, dans le premier degré, mais acquérant, dans le deuxième et le troisième degré, une coloration rouge pâle, une température plus élevée, s'amincissant et donnant issue par des ouvertures multiples à un pus blanchâtre, séreux ; tumeur molle, non pas toujours avec fluctuation de pus, d'eau ou d'air, mais paraissant gonflée par une masse en quelque sorte gélatineuse, parfois élastique, ou bien aux dépens du renflement articulaire de l'os, et dont le volume, variable de deux à dix centimètres d'excédant, semble plus considérable qu'il n'est en effet, à cause du collier péri-articulaire beaucoup plus souvent en dessus qu'au-dessous de l'articulation ; atrophie, ramollissement des chairs du membre affecté, et forme conique de cette portion du membre ; douleur sourde, obscure, incertaine, mais pourtant constante sur un point limité, quand on sait trouver ce point, lequel n'est pas toujours, comme on l'a dit, au centre de l'articulation : maladie qui peut affecter tous les âges, tous les sexes, tous les tempéraments, mais qui pourtant est plus fréquente chez la femme, dans l'enfance, chez les sujets lymphatico-nerveux ou scrofuleux ; pouvant aussi naître sous l'influence de toutes les causes connues, cependant moins souvent sous l'impulsion des agents externes que sous celle des agents internes ; et parmi ceux-ci, il faut placer en première ligne, les scrofules, la syphilis, les lésions chro-

niques ou violentes des organes génitaux, les troubles fonctionnels graves, le rhumatisme...

M. Duplan range ces causes dans trois divisions principales, bien distinctes, auxquelles répondent des chiffres significatifs.

1° Causes externes (soixante-trois cas);

2° Causes internes proprement dites (quatre-vingt-six cas);

3° Cause rhumatismale (vingt-quatre cas).

Ces divisions d'ailleurs répondent, selon lui, à des différences réelles dans le mode de production de la maladie ainsi que dans l'application des moyens thérapeutiques.

Le reste du travail en forme, pour ainsi dire, la partie pratique, et se compose d'un certain nombre d'observations divisées en trois séries comme les causes auxquelles elles se rattachent. Ces observations, relatives aux cas de tumeurs blanches les plus tranchées, sont exposées avec détails, et de manière à mettre en évidence le mode d'action des causes soit sur la tumeur elle-même, soit sur la constitution du sujet; la différence qui sépare les arthrites des tumeurs blanches par cause externe, l'influence locale et générale du traitement, et les modifications qu'il convient de lui imprimer selon que le mal est la conséquence d'une cause externe ou d'une cause interne.

L'auteur signale également dans ces deux classes de tumeurs blanches, la moyenne du séjour à l'hôpital, celle des bains et la moyenne de l'âge des malades.

En terminant, il indique dans un tableau numérique les résultats obtenus, soit comme effet primitif constaté au départ du malade, soit comme effet consécutif certifié l'année suivante.

TUMEURS BLANCHES. — Observation d'ostéite articulaire du genou droit (tumeur blanche), par M. *Renard*, chirurgien aide-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Phalsbourg, t. XI, p. 178.

TUMEURS BLANCHES. — Considérations médico-chirurgicales sur la tumeur blanche, par M. *Schveing*, médecin aide-major de 2e classe au 38e régiment de ligne, détaché comme médecin en chef à l'hôpital militaire de Phalsbourg, t. XVIII, p. 329.

Ce travail se divise en trois parties.

La première est consacrée à l'anatomie pathologique. M. Schveing examine successivement les divers tissus qui composent les articulations et décrit avec soin, en procédant de la surface au centre, les altérations dont ils sont le siége.

La deuxième partie comprend la symptomatologie, la marche et la terminaison de la maladie, l'indication des articulations qu'elle affecte

le plus habituellement, et enfin ses causes, soit locales, externes, traumatiques, soit générales, internes, constitutionnelles.

Le traitement est le sujet de la troisième partie et se fractionne en médication locale, en médication générale et en médication mixte.

M. Schveing passe en revue et apprécie les diverses substances médicamenteuses qui ont été employées comme topiques, ou administrées à l'intérieur dans le traitement des tumeurs blanches, et termine en signalant les phénomènes généraux qui peuvent aider le praticien à reconnaître le moment opportun de recourir à l'amputation du membre.

A l'appui de son mémoire, l'auteur cite l'observation suivante :

Un soldat du 1er régiment d'infanterie légère, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament très-lymphatique, étant de garde au pénitencier militaire de Metz, le 6 janvier 1853, se donne une entorse de l'articulation radio-carpienne droite en voulant fermer une porte lourde et difficile à mouvoir. Le blessé, entraîné par son zèle, ne réclame pas immédiatement le repos et les soins qui lui sont nécessaires. La chaleur, la douleur et la tuméfaction s'emparent de l'articulation lésée. Une réaction générale intense s'y joint. Des élancements profonds se font sentir. L'entrée du malade à l'hôpital a lieu le 6 février.

Des bains, des cataplasmes, un régime tonique et l'iodure de potassium sont prescrits. Plusieurs points de feu sont appliqués. Malgré ces moyens, une vaste collection purulente se forme autour de l'articulation, dans le courant de mars. Deux incisions ouvrent l'abcès et favorisent la résolution de l'engorgement du bras.

Pendant les mois d'avril et de mai, le mal fait des progrès, la suppuration de la face palmaire devient noirâtre et sanieuse, on constate la carie du radius. Le malade maigrit et s'affaiblit notablement.

L'amputation de l'avant-bras au tiers inférieur est proposée et acceptée vers la fin de juin.

La dissection des parties malades fait reconnaître dans tous les tissus les altérations que l'on rencontre en pareilles circonstances.

La cicatrisation du moignon, à peu près achevée vers le 30 juillet, n'a rien offert de particulier, si ce n'est un peu de lenteur que l'on doit justement attribuer à la constitution lymphatique du malade.

Dans des remarques présentées à la suite de cette observation, l'auteur rappelle la doctrine du conseil de santé des armées, qui considère l'entorse comme une des causes les plus fréquentes de lésion organique des articulations, et, par suite, d'amputation des membres ; doctrine non moins vraie pour l'entorse du poignet que pour celle du pied.

TUMEURS BLANCHES. — Tumeur blanche du genou droit chez un Arabe ; amputation de la cuisse ; guérison, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nemours (province d'Oran), t. XVIII, p. 372.

Un spahis arabe, âgé de trente-quatre ans environ, d'une constitution

profondément détériorée, entre le 5 avril 1855 à l'hôpital de Nemours pour une tumeur blanche du genou droit. Cette affection, très-avancée et compliquée de grands désordres, n'est curable que par l'amputation, mais l'état général du malade et la diathèse syphilitique dont on a lieu de le croire atteint imposent d'abord au médecin l'obligation de le soumettre à un traitement par les mercuriaux et l'iodure de potassium et de le ranimer par un régime et une médication toniques. Ce premier succès obtenu, l'amputation est pratiquée, le 21 juillet, par la méthode circulaire, ses suites ne présentent rien de particulier. Une alimentation graduellement progressive et des préparations de quinquina soutiennent les forces et favorisent la cicatrisation qui est complète le 1er septembre suivant.

L'examen du membre fait reconnaître que toutes les parties molles du genou sont tellement altérées qu'elles sont à peu près méconnaissables, et celui des os, après leur macération, montre, pour ainsi dire, la marche qu'ont dû suivre les altérations dont les os sont le siége, altérations qui commencent à l'ostéite et aboutissent à la carie la mieux caractérisée.

TUMEURS BLANCHES. — Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite; amputation; hémorrhagie partielle trois jours après la chute des ligatures; impuissance des moyens hémostatiques; ligature de l'artère poplitée le septième jour après l'accident; guérison. Observation recueillie par M. *Villamur*, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulon, détaché aux eaux thermales de Guagno en 1853, t. XVIII, p. 383.

Un militaire du 5e léger perd l'équilibre en descendant rapidement les escaliers de la caserne et se donne une entorse au pied droit. Huit jours après cet accident, et sans avoir pris aucun repos, il part avec son bataillon et fait successivement dix étapes pour se rendre de Saint-Hippolyte (Gard), où il était en garnison, à Rhodez, sa destination nouvelle. Le gonflement et la douleur de l'articulation lésée l'obligent alors à entrer à l'hôpital. Des sangsues, des cataplasmes émollients, des vésicatoires, des cautères, des douches sulfureuses ne produisent aucun résultat utile. La tuméfaction des tissus péri-articulaires fait des progrès.

Le malade est envoyé aux eaux thermales de Guagno, où il arrive le 1er juin 1853.

Des bains sont administrés presque chaque jour pendant un mois et demi, mais l'impuissance des eaux thermales contre cette affection est évidente. Des abcès se manifestent et témoignent de la désorganisation des surfaces articulaires, une suppuration abondante et la fièvre hectique épuisent les forces du malade qui comprend la gravité de sa position et se résigne avec confiance à l'amputation de la jambe.

Cette opération est pratiquée au lieu d'élection, le 18 juillet à six heures du matin.

L'examen de l'articulation tibio-tarsienne et du pied révèle les altérations organiques les plus profondes de tous les tissus qui les composent.

Le succès de l'opération fut d'abord compromis par une imprudence du malade qui, voulant se retourner dans son lit sans le secours de l'infirmier, se heurta le moignon contre un des replis du drap d'alèze, et provoqua ainsi une hémorrhagie artérielle, dont les moyens hémostatiques ordinaires et même l'emploi du cautère rougi à blanc n'empêchèrent pas les récidives, et dont la ligature de l'artère poplitée put seule triompher. Aucun autre incident ne vint traverser la marche régulière de la cicatrisation, qui fut terminée le 30 septembre.

L'auteur termine cette observation par quelques réflexions sur les motifs qui l'ont décidé à amputer malgré l'existence de la fièvre hectique; sur les causes qui ont pu concourir à produire l'hémorrhagie artérielle; sur le choix du point du vaisseau où il convenait de placer la ligature, et sur le peu d'efficacité de la cautérisation dans la circonstance actuelle.

TUNIS. — Essai analytique de deux eaux thermales de la régence de Tunis, par M. *Leprieur*, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bône, t. XX, p. 412.

TYMPANITE. — Considérations sur la tympanite péritonéale et intestinale; traitement par la paracenthèse; par M. *Hahn*, chirurgien aide-major au 6e régiment d'artillerie, t. III, p. 143.

TYPHUS. — Lettre sur le typhus de Crimée, par M. *Baudens*, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé, t. XVIII, p. 130.

On s'accorde généralement à reconnaître que la fièvre typhoïde et le typhus ont pour cause un miasme organique; c'est incontestable, au moins pour le typhus; il est engendré par la misère, par l'accumulation, par l'encombrement dans les prisons, dans les navires, dans les camps, dans les hôpitaux. Une fois né spontanément sous l'empire des causes précitées, le typhus se propage ensuite par infection. La contagion, encore mise en doute pour la fièvre typhoïde, n'est pas contestable pour le typhus.

La différence qu'il y a entre le typhus et les maladies épidémiques ordinaires, est que celles-ci n'ont qu'une durée passagère dépendante de l'action et de l'état atmosphérique, tandis que le typhus dure tant qu'on ne s'est pas rendu maître de l'infection. L'état prodromal : lassitude, sommeil non réparateur, douleurs lombaires, horripilations, tensions douloureuses de la tête, vertiges, si commun dans la fièvre typhoïde, a

souvent manqué. Le typhus, assez souvent, débute d'emblée par un frisson initial et par la période inflammatoire, marquée par un état catarrhal plus ou moins prononcé des yeux, des fosses nasales et des bronches ; par une forte céphalalgie frontale, vertigineuse, comme dans l'ivresse ; par la stupeur, qui est le cachet du typhus ; par un délire calme ou furieux ; par une grande prostration des forces ; par une soif intense et souvent par un état saburral des voies digestives. La peau brûlante se couvre, après deux ou trois jours, d'une éruption exanthémateuse qui n'a manqué que chez les sujets déjà épuisés par d'autres maladies, et qui diffère essentiellement de la fièvre typhoïde. Elle se montre au tronc et aux membres par groupes irréguliers de taches arrondies d'un rouge foncé sans relief, moins grande qu'une lentille, ne disparaissant pas par la pression.

La continuité de la fièvre avec pouls de cent à cent trente pulsations, plus ou moins développé ou déprimé même, soit par une débilité antérieure, soit par une oppression réelle de force vitale, a été souvent interrompue par un, et plus rarement par deux paroxysmes réguliers en vingt-quatre heures.

La durée du typhus a présenté des caractères bien tranchés avec ceux de la fièvre typhoïde. La mort est survenue souvent le troisième jour, même le deuxième et quelquefois le premier. Il était alors foudroyant dans la force du mot. Rarement il a persisté au-delà de douze à quinze jours. Le retour à la santé a presque toujours eu lieu dans les dix premiers jours. Le malade passait tout à coup du trépas à la vie.

La convalescence, si lente dans la fièvre typhoïde, marche rapidement dans le typhus, et les écarts du régime sont peu redoutables.

On trouve la rate et le foie souvent gorgés de sang et ramollis. Les poumons, quand il y a eu vers eux une congestion locale, sont engoués ou hépatisés, surtout à la partie déclive, et quelquefois le siége de petits noyaux apoplectiques. Les lésions les plus constantes sont du côté du cerveau.

Avant tout, de l'air pur sans cesse renouvelé ; respecter la période inflammatoire comme un effort suprême de la nature pour chasser au dehors le poison miasmatique par une poussée exanthématique à la peau ; ne saigner que si le sujet est très-fort et s'il y a menace d'apoplexie cérébrale.

Quand, dès le début, comme dans le typhus de Crimée, il y a des paroxysmes rémittents et intermittents, les couper par quelques doses de sulfate de quinine pour rétablir la continuité de la fièvre, qui tombe alors d'elle-même après quelques jours quand elle n'est pas entretenue par une lésion organique accidentelle.

TYPHUS. — Note sur l'épidémie de typhus observée à l'hôpital militaire du Frioul pendant les mois de février et mars 1856, par M. *Billot*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Marseille, t. XVIII, p. 136.

U

L'auteur est amené par ses observations particulières à diviser les écoulements en cinq catégories, savoir :

1° Les écoulements non contagieux dans toutes les circonstances possibles ;

2° Ceux qui sont provoqués par des causes non virulentes, se communiquant sous l'influence de certaines conditions, mais ne donnant jamais lieu à des accidents consécutifs;

3° Quelques urétrites attribuées à l'action de principes âcres non syphilitiques, et desquels peuvent résulter des suites diverses, telles que des dartres, etc. ;

4° Les urétrites fréquentes qui paraissent provenir d'un virus *sui generis*, dont l'action s'épuise sur le canal, sans entraîner après lui des accidents d'infection syphilitique ;

5° Enfin, les blennorrhagies syphilitiques, lesquelles, éminemment contagieuses, sont susceptibles, lorsqu'on ne parvient pas à les juguler dès les premiers jours de leur apparition, de faire naître la syphilis constitutionnelle.

Sans entrer dans l'énumération des symptômes fournis par ces divers écoulements, l'auteur s'occupe exclusivement du choix des moyens qui permettent une guérison prompte et sans récidives plus ou moins éloignées. A cet effet, il rappelle les modes de traitement adoptés par les praticiens les plus célèbres et s'appuyant de leur exemple et de leur autorité, ainsi que de son expérience personnelle des méthodes les plus préconisées, il pose en principe qu'il faut juguler le mal autant que possible, l'attaquer dès sa naissance et ne jamais temporiser.

M. Andrieux fait ensuite connaître la médication qu'il emploie contre l'urétrite en général, et à toutes ses périodes.

Cette médication consiste, dans les cas aigus, en une injection d'azotate d'argent à la dose d'un gramme pour trente grammes d'eau distillée ; en grands bains pendant la période de réaction, puis après le troisième ou le quatrième jour, lorsque l'inflammation est tombée et l'écoulement moindre, en doses de copahu à prendre matin et soir, en y joignant, quatre fois par jour, des injections de vin aromatique ou sucré.

Dans les cas où le mal existe déjà depuis quelque temps, mais sans qu'on ait lieu de soupçonner qu'il est entretenu par un retrécissement, une prostatite, le même traitement convient, seulement la durée en sera plus longue et souvent une injection caustique ne suffira pas, il faudra en pratiquer une seconde le quatrième jour, et parfois même une troisième avant de faire usage des autres moyens.

Lorsque l'urétrite est tout à fait passée à l'état chronique et que l'écoulement tient à un rétrécissement d'un ou de plusieurs points du canal de l'urètre, c'est après une dilatation convenable au moyen de bougies très-flexibles, que l'on opère à la fois la cure radicale du rétrécissement et celle de l'écoulement, en cautérisant, à l'aide du porte-caustique, les points malades qui auront été relevés avec une bougie à empreintes.

L'auteur termine en faisant connaître les résultats qu'il a obtenus de sa méthode curative sur cent cinquante et un cas d'urétrite.

URÉTRITE.—Considérations pratiques sur le traitement de l'urétrite aiguë et chronique par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé à haute dose (méthode dite abortive), par M. *A.-M. Lamoureux*, chirurgien-major de 1re classe au 2e régiment d'artillerie, t. VIII, p. 221.

Après avoir rappelé les préventions et les craintes que le traitement de l'urétrite aiguë par les injections avec l'azotate d'argent cristallisé à haute dose souleva contre lui, à son origine, les essais nouveaux qui furent entrepris sur cette question thérapeutique dans de grands établissements nosocomiaux et leurs résultats généralement favorables, M. Lamoureux se déclare le partisan de cette médication nouvelle qu'il emploie depuis trois ans et demi dans un service très-étendu d'infirmerie régimentaire.

Au lieu de rapporter en détail les observations d'urétrite aiguë ou ancienne qu'il a recueillies, et qui se montent à plus de trois cents, l'auteur se borne à les résumer dans des considérations qui se rattachent à l'innocuité presque absolue des injections caustiques, à la fixation de la dose du sel d'argent qui lui a paru la plus convenable pour leur préparation (60 à 75 centigrammes au plus pour 30 grammes d'eau distillée), aux précautions à prendre pour les pratiquer, aux phénomènes de réaction qu'elles provoquent et à ceux de sédation qui se produisent quelques jours après, enfin à diverses circonstances, où il faut soit persévérer dans l'emploi de ces injections, soit les faire suivre ou les remplacer par des injections astringentes et par l'administration du copahu ou du cubèbe, isolés ou réunis, soit les faire précéder de la série des moyens antiphlogistiques dans l'état le plus aigu de l'urétrite.

URÉTRITE. — Mémoire sur le traitement de la blenno-urétrite, par M. *Poullain*, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon, t. I, p. 203.— *Voy*. BLENNO-URÉTRITE.

URINE. — Analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie, par M. *Poggiale*, pharmacien en chef, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce, t. XIV, p. 363.

URINE. — Note sur l'acide hippurique et sur son absence dans quelques urines de cheval, par M. *Roussin*, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Teniet-el-Hâad, t. XVII, p. 435.

V

VALETTE (THARSILE), *médecin-major à l'hôpital de Metz* (1). — Mémoire sur la possibilité de lier l'artère occipitale près de son origine, t. IX, p. 127. — Extrait de sa lettre sur le bouton de Biskara, t. XI, p. 253. — Documents pour servir à la solution de plusieurs questions relatives au traitement des plaies par projectiles de guerre, recueillis dans son service sur les blessés d'Alma et d'Inkermann, t. XV, p. 204. — Mémoire sur l'ostéomyélite des amputés, t. XVI, p. 230. — Mémoire sur la congélation des pieds et des mains, t. XIX, p. 213.

VAPEUR. — Note sur l'emploi des bains de vapeur dans le traitement du choléra algide, par M. *Cazalas*, médecin en chef de l'hôpital de l'Ecole militaire à Constantinople, t. XVIII, p. 207.

VARICE. — Varice volumineuse de la saphène interne du membre abdominal gauche guérie par l'électro-puncture, observation recueillie par M. *Blanvillain*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Rennes, t. XII, p. 332.

VARIOLE. — Notes sur le traitement des varioles pendant le deuxième semestre de 1856, à l'hôpital militaire de Lille, par M. *Fropo*, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bone, t. XIX, p. 179.

L'auteur rend compte de quarante-neuf affections éruptives qu'il a eu à traiter dans son service des varioleux, du 1er juillet 1856 au 1er jan-

---

(1) Décédé médecin-principal de 2e classe.

vier 1857, savoir : deux varicelles, vingt-cinq varicloïdes, sept varioles discrètes, douze confluentes et trois confluentes typhoïdes ou malignes. Il indique incidemment qu'il ne considère plus la varicelle que comme un dérivé variolique, depuis qu'à Constantine il a vacciné avec un succès complet des enfants arabes qu'il avait vus atteints de varicelle ; que la rachialgie, considérée comme signe pathognomonique, a manqué dans un tiers des varioloïdes ; qu'elle a fait défaut dans une seule variole discrète, et a été toujours très-intense quand l'éruption devait être confluente. Il justifie la classification qu'il a faite de ses quarante-neuf malades en donnant, pour chacune des formes de l'affection pustuleuse qu'il a traitées, suivant l'importance du cas, l'observation ou le résumé de l'observation de deux ou trois maladies.

Après cet exposé, l'auteur arrive à la partie plus particulièrement didactique de son travail, celle pour laquelle il paraît l'avoir entrepris. A quelles préparations faut-il recourir pour modifier l'éruption variolique? Telle est la question qui y domine tout autre point de vue. L'auteur a renoncé à la pommade mercurielle, qui entraîne trop souvent la salivation pour qu'il soit possible de généraliser son emploi : une pommade faite avec l'emplâtre de Vigo, auquel on ajoute le quart de son poids d'axonge, lui a paru être la meilleure préparation topique que l'on puisse opposer à l'évolution de l'exanthème variolique.

La consistance de cette pommade permet de l'étendre facilement, sans que cependant elle se fluidifie. L'auteur a eu d'abord recours aux onctions sous les aisselles et sur la face, sur laquelle il formait un masque ; mais il préfère maintenant n'employer pour chaque onction que de petites quantités de pommades afin d'en faciliter l'absorption. La pommade, prescrite à la dose de 45 à 60 grammes par jour pendant quatre ou cinq jours, suivant la confluence de l'éruption, ne donnant encore que des résultats incomplets, il voulut joindre à cette action résolutive celle des mercuriaux administrés à l'intérieur. L'auteur choisit le calomel à la dose d'un gramme, puis seulement de cinq décigrammes par jour ; cette médication avait le tort de produire rapidement la salivation mercurielle ; il fallut y renoncer. C'est alors qu'il s'adressa au sulfure noir de mercure donné à la dose d'un gramme par jour en même temps que des onctions avec la pommade de Vigo étaient faites sur les points où l'éruption se prononçait davantage. Pendant le mois de décembre, l'auteur a retiré, dit-il, des effets très-satisfaisants de cette médication ; c'est alors seulement qu'il a pu constater la résolution que M. Briquet a désignée sous le nom de *primitive*.

Quel est le mode d'action des préparations mercurielles ? Elles ne sont pas uniquement antiphlogistiques. Il faut admettre que les mercuriaux agissent en modifiant l'état du sang, ou qu'ils agissent sur l'évolution variolique par leur action spécifique, en empêchant le plasma variolique, ou en l'arrêtant dans la fonte purulente. L'auteur est disposé à croire à une action anti-virulente des mercuriaux.

Les mercuriaux modifient la pustulation en ce que, quand les onctions sont commencées les deux premiers jours de l'éruption, celle-ci reste à l'état vésiculeux. L'auteur a constaté trois fois cette résolution. Le nombre des papules sur un point donné se montre aussi moins considé-

rable que sur d'autres points qui n'ont pas été soumis à l'action du topique. Les pustules ainsi modifiées ne laissent pas après elles de cicatrices. Chez d'autres malades, la pustule n'acquiert point son développement ordinaire, la suppuration n'est que superficielle, la résorption ou la dessiccation du pus variolique est ensuite presque immédiate : après l'exfoliation du feuillet épidermique il reste au centre de la pustule une petite saillie tuberculeuse rougeâtre. Quand le traitement par les mercuriaux est commencé à la fin du deuxième jour de l'éruption, il ne faut plus espérer la résolution de l'exanthème ; la durée de la suppuration peut en être modifiée. Après le cinquième jour il n'y a plus rien à attendre des onctions mercurielles ; celles-ci n'ont pas une action spécifique assez profonde, assez efficace pour que l'on puisse obtenir constamment des résultats heureux.

Dans son résumé, l'auteur reconnaît que le traitement par les mercuriaux ne lui a pas d'abord donné, à Lille, des résultats aussi heureux que ceux qu'il en avait obtenus en Algérie ; il a été impuissant dans les varioles confluentes malignes, plus favorable dans les confluentes bénignes. Dans une autre série de varioles confluentes, le sulfure noir de mercure, à l'intérieur, la pommade ont exercé l'action la plus manifestement favorable. Dans les varioles discrètes les mercuriaux ont toujours modifié l'éruption, diminué l'intensité de la fièvre. Il n'y a pas lieu de les employer dans les varioloïdes.

L'auteur termine son travail en demandant, pour l'armée, des *revaccinations d'épreuve*. Les épidémies de variole y sont fréquentes : une mesure générale peut les prévenir ou les diminuer.

VARNA (Bulgarie). — Quelques mots sur la recrudescence cholérique observée dans cette ville pendant les mois d'octobre et de novembre 1854, parmi les militaires traités dans les hôpitaux et parmi ceux de la garnison, par M. *Tellier*, médecin-major à l'hôpital de Varna, t. XVIII, p. 189. — Topographie de Varna, par M. *Quesnoy*, médecin-major au 4e régiment des voltigeurs de la garde, t. XX, p. 251.

VEDRENES, *médecin aide-major de 2e classe au 21e léger* (1). — Observations sur diverses questions de pathologie médicale, t. XIV, p. 203. — Observation de ligature de la carotide primitive, pratiquée par M. *Pétronelli*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Rome, *ib.*, p. 319. — Observation d'épanchement

(1) Médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de Rome.

thoracique chronique; évacuation du liquide par les bronches et la paroi costale; guérison, t. XVIII, p. 318.

VÉNÉRIENS. — Compte rendu du service des vénériens au Val-de-Grâce, dirigé par M. Marchal (de Calvi), chirurgien-major, professeur, pendant les mois de mai, juin, juillet, août et septembre 1846, par M. *Souhaut*, chirurgien sous-aide-major, aide de clinique, t. I, p. 242.

M. Souhaut se propose de faire connaître les idées de M. Marchal (de Calvi) sur la syphilis, et les résultats de sa pratique quant au chancre, le principal des accidents syphilitiques, et quant à l'épididymite blennorrhagique.

Son travail peut se diviser en deux parties : l'une théorique, l'autre pratique.

Dans la première partie, après quelques documents sur le mouvement du service des vénériens au Val-de-Grâce, pendant l'espace de temps que comprennent ses observations, M. Souhaut expose les principes fondamentaux de la doctrine de M. Ricord, qui est adoptée dans ses principaux points et mise en pratique au Val-de-Grâce par M. Marchal (de Calvi), et que les données suivantes résument tant sous le rapport de l'évolution de la syphilis que sous celui de son traitement :

1° Accidents locaux primitifs et successifs : chancres, bubons.

2° Accidents secondaires se manifestant à la surface du corps, sur la peau et sur les muqueuses.

3° Accidents tertiaires, se déclarant dans la profondeur de l'économie, et en affectant les tissus les plus durs, les os, le tissu fibreux (périostose, exostose).

Entre les accidents secondaires et les tertiaires existent ou peuvent exister des accidents dits de transition, qui ne sont ni les accidents de surface, ni les accidents profonds. Exemple : le tubercule de l'épaisseur de la peau et des muqueuses.

A chacune de ces espèces d'accidents doit être appliqué un traitement particulier :

Aux accidents locaux, un traitement local;

Aux accidents secondaires, le mercure;

Aux accidents tertiaires, l'iode, quelquefois l'iode et le mercure ensemble.

Dans la deuxième partie de son compte-rendu, l'auteur traite d'abord du chancre, ce point de départ obligé de la syphilis et l'étudie dans toutes ses variétés de siége, de forme, de durée et de nature. Il s'attache à bien définir l'induration dans le chancre, à en préciser les caractères physiques extérieurs, les degrés divers, la structure intime, et à en déterminer la signification pathologique, point sur lequel il fait observer

que l'opinion de M. Marchal (de Calvi) n'est pas aussi tranchée que celle de M. Ricord.

En effet, pour M. Ricord, l'induration signifie que l'économie est infectée, que la syphilis est devenue constitutionnelle. Pour M. Marchal, la question n'est pas décidée, il admet que l'induration est le signe de l'infection générale ; mais est-elle le signe de l'infection générale imminente, ou de l'infection générale acquise? Est-elle le premier accident secondaire, ou bien exprime-t-elle seulement que l'économie sera infectée si la thérapeutique n'intervient pas?

M. Souhaut s'occupe ensuite du traitement du chancre, des motifs qui en rendent la cautérisation nécessaire, des substances employées pour la pratiquer, des règles à observer dans cette opération, des inconvénients à éviter et enfin du mode de pansement qu'il convient de suivre.

L'auteur termine son travail par quelques considérations sur l'épididymite blennorrhagique. Pour lui, l'inflammation testiculaire qui se lie à la blennorrhagie a son siége dans l'épididyme ; plus de soixante cas de cette inflammation se sont présentés dans le service de M. Marchal, et dans deux seulement le testicule était affecté.

Le traitement employé comme méthode générale a été le traitement antiphlogistique ; cependant M. Marchal a essayé, dans un assez grand nombre de cas, la méthode des ponctions multiples, préconisée par M. Velpeau ; une fois seulement le débridement de la tunique albuginée proposé par M. Vidal (de Cassis) dans l'orchite parenchymateuse ; et dans une vingtaine de cas, la méthode de M. Songy, qui consiste à recouvrir le scrotum d'une couche épaisse d'ouate de coton, et à le maintenir, avec un suspensoir, exactement relevé contre l'anneau externe.

Les résultats de ces diverses médications sont indiqués, et dans tout le cours de cette deuxième partie de son compte-rendu l'auteur appuie son raisonnement d'observations nombreuses et le confirme par l'autorité de faits bien constatés.

VÉNÉRIENS. — Observation d'orchite vénérienne droite datant de quinze ans, guérison par l'iodure de potassium à haute dose, par M. *Capron*, t. II, p. 240. — *Voy*. IODE.

VENTILATION. — Etudes sur le chauffage, la réfrigération et la ventilation des édifices publics, par M. *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, t. V, p. 1.

VÉSICATOIRE. — Mémoire sur l'emploi du vésicatoire le long du canal de l'urètre dans la blennorragie, et de ses avantages dans l'épididymite et l'orchite, par M. *Achille Cordier*, chirurgien aide-major de 1re classe

à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, t. VIII, p. 192. — Guérison de la teigne granulée par les vésicatoires, par M. *Guipon*, médecin aide-major au 13e de ligne, t. XII, p. 346. — Traitement par les vésicatoires d'une amaurose incomplète ancienne, par M. *Deschuttelaëre*, chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire de Dellys, t. XVIII, p. 260.

VÉSIGNIÉ, *médecin en chef de l'hôpital d'Abbeville.* — Observation de morve aiguë recueillie dans son service à l'hôpital d'Abbeville, t. XIX, p. 1.

VICHY. — Maladies traitées à l'hôpital thermal militaire de Vichy pendant la deuxième saison de l'année 1847, par M. *Barthez*, médecin en chef de cet hôpital, t. IV, p. 63. — Observation sur l'action thérapeutique des eaux thermales de Vichy, par M. *Finot*, médecin ordinaire de première classe, t. V, p. 33. — Note sur l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte et de la gravelle, d'après un rapport de M. *Villaret*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon, *ib.*, p. 108.

VICHY. — Propriétés spéciales des eaux minérales de Vichy ; indication des cas où elles peuvent être favorables ou nuisibles, t. XIX, p. 402.

VIGO (Sparadrap de). — De son emploi dans le traitement de certains ulcères syphilitiques, par M. *Potier-Duplessy*, médecin aide-major de 1re classe, t. XX, p. 386. — *Voy.* SPARADRAP.

VILLAMUR, *ex-chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Milianah* (1). — Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital militaire de Milianah, depuis le deuxième trimestre 1847 jusqu'au quatrième trimestre de 1849,

(1) Médecin principal de 1re classe, chef de l'hôpital de Marseille.

t. X, p. 200. — Observation de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite; amputation; hémorrhagie partielle trois jours après la chute des ligatures; impuissance des moyens hémostatiques; ligature de l'artère poplitée le septième jour après l'accicident; guérison, t. XVIII, p. 383.

VILLARET, *chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon* (1). — Note sur l'emploi des eaux de Vichy dans le traitement de la goutte et de la gravelle, t. V, p. 108.

VILLATTE (Liqueur de). — *Voy.* EMPOISONNEMENT.

VINS PLATRÉS. — Rapport fait à la commission supérieure et consultative des subsistances sur les vins plâtrés, par M. *Michel Lévy*, médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, t. XIII, p. 160.

Le plâtrage des vins en cuve est une pratique fort ancienne, mais c'est en 1853, pour la première fois, que l'autorité civile s'en est occupée au point de vue de la salubrité. Le plâtrage des vins en cuve consiste à saupoudrer de plâtre le raisin sur le fouloir dans des proportions plus ou moins considérables. L'emploi de ce moyen procure, dit-on, les avantages suivants :

1° Il avive la couleur du vin; le sulfate de chaux, par suite de la formation d'une petite quantité de sulfite, modère la fermentation du moût et s'oppose à l'entière dissolution de la matière colorante qui existe dans la pellicule du raisin; de là des vins moins chargés de couleur et d'un aspect plus agréable.

2° De là aussi leur conservation plus facile.

3° En réduisant la partie aqueuse, il augmente la proportion relative d'alcool, c'est-à-dire la vinosité ou la force du vin. S'il faut en croire un sieur Séram, cette opération, dont il célèbre les merveilleux effets, aurait encore l'avantage de précipiter les lies les plus lourdes. On peut estimer à un kilogramme par hectolitre de vin la quantité de plâtre que les propriétaires du Midi font agir sur leur vendange.

Le plâtrage a pour effet non-seulement d'ajouter au vin une proportion excessive de matières calcaires, mais encore de modifier sa constitution chimique normale. En l'absence de faits d'observation

(1) Décédé médecin principal de 2e classe.

directe, l'analyse chimique et l'induction rationnelle autorisent les conclusions suivantes :

1° Les vins, quelle que soit la variété des climats, des terroirs et des récoltes, ont une constitution naturelle qui ne comporte qu'une minime proportion de sel calcaire (tartrate de chaux associé au bitartrate de potasse, sulfate de chaux).

2° Le plâtrage modifie notablement cette constitution en introduisant dans le vin un excès de matières calcaires, et en le privant de certains éléments essentiels.

3° Les eaux séléniteuses, dont l'insalubrité est universellement reconnue, et dont on ne se sert que dans les cas extrêmes et lorsqu'il est absolument impossible de s'en procurer de plus pure, sont considérées comme impropres aux usages ordinaires de la vie dès qu'elles contiennent plus d'un millième d'un sel calcaire en dissolution; les vins plâtrés contiennent 3 à 4 grammes de principes calcaires, dans l'hypothèse où l'on n'aurait mêlé qu'un kilogramme de plâtre par hectolitre de vin, au lieu des 2 kilogrammes indiqués comme minimum par un propagateur breveté de cette méthode de vinification.

4° L'eau de chaux médicale ne contient que 5 centigrammes environ de chaux pour 30 grammes d'eau, ce qui fait moins de 2 grammes de chaux pour 1,000 grammes d'eau, et la dose de cette eau prescrite à titre de médicament est de 30 à 60 grammes par jour.

5° En principe, la proportion de principes calcaires qui ne rend pas le vin insalubre est celle qu'il contient naturellement; elle est minime, et toutes les fois qu'elle s'élève, on peut affirmer que le vin est falsifié par le plâtrage.

En conséquence, l'auteur propose :

1° D'écarter les vins plâtrés de l'adjudication des fournitures de vins destinés à l'armée, au moins jusqu'après l'enquête sollicitée auprès du ministre de l'intérieur par le comité consultatif d'hygiène publique;

2° D'engager l'administration de la guerre à rechercher son approvisionnement en vins auprès de propriétaires de la Gironde;

3° D'étendre en Italie autant qu'en Afrique la mesure salutaire des distributions de café en remplacement de celles de vin;

4° De prier le ministre de presser, auprès de son collègue de l'intérieur, les ordres nécessaires pour l'exécution de l'enquête demandée sur le plâtrage des vins par le comité consultatif d'hygiène publique.

VIPÈRE A CORNES. — Notice sur la vipère à cornes, par M. *Thierry de Maugras,* chirurgien aide-major au 56e de ligne, t. III, p. 324.

On ne trouve cette vipère que sur les bords du grand désert saharien; elle se cache ordinairement dans le sable ou sous quelque fragment de roche et peut supporter une température de 70°; sa couleur grise, sa petite taille, qui lui permet de se blottir sous la moindre pierre, la rendent d'autant plus à craindre qu'on peut à peine s'apercevoir de sa présence.

— Sa longueur est de 65 centimètres environ sur 8 à 10 centimètres de circonférence. La tête, très-plate, triangulaire, offre au-dessus de chaque arcade sourcilière un prolongement de la peau en forme de corne de 5 millimètres de long. — La bouche largement fendue renferme quatre dents en crochets placées à la mâchoire supérieure.

Les Arabes considèrent cette vipère comme très-dangereuse, mais M. Thierry de Maugras n'a point été à même d'observer des cas de morsure soit sur l'homme, soit sur les animaux.

VITERBE. — Mémoire sur les eaux minérales de Viterbe, par M. *Poggiale*, professeur de chimie à l'Ecole d'application de la médecine et de la chirurgie militaires, t. IX, p. 308.

VITERBE. — Rapport sur l'établissement thermal près Viterbe, et sur les résultats obtenus pendant la saison des eaux de 1850, par M. *Beylot*, médecin aide-major de première classe, t. X, p. 1.

VITERBE. — Rapport sur le service médico-chirurgical de Viterbe, pendant la saison des eaux de 1851, par M. *Armand*, aide-major de 1re classe au 34e de ligne, t. X, p. 11.

Le bassin de Viterbe forme la partie septentrionale des États-Romains du sud-ouest, enclavés entre la Toscane et le royaume de Naples, l'Apennin et la mer Méditerranée. — Viterbe est adossé aux pentes inférieures du versant nord du Cimino, dont le pic principal est à 1,070 mètres au-dessus de la mer.

Bien que la ville semble assise presque au pied des montagnes, le terrain depuis la mer se relève en plan incliné, de manière à donner à Viterbe une altitude qui n'est guère moindre de 400 mètres.

Le climat de Viterbe, comme cela a lieu pour toutes les localités des pays chauds qui sont à une certaine altitude et près des montagnes, offre cette particularité d'être variable, d'avoir une saison froide plus longue, mais de trouver aussi dans ces mêmes conditions un notable correctif aux chaleurs de l'été, par rapport aux contrées qui se rapprochent davantage du niveau de la mer.

Le grand nombre des sources minérales qui jaillissent sur divers points de Viterbe s'explique par la nature du sol, essentiellement volcanique. La plupart de ces eaux, d'une température élevée, sont hépatiques ou sulfureuses.

VOIX. — Observation d'un cas d'abolition des facultés

vocales, chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche, par M. *Rouis*, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire d'Aumale, t. XIV, p. 112 à 126.

VOMIQUE. — Observation d'une vomique guérie par l'opération de l'empyème, par M. *Miot,* médecin en chef de l'hôpital militaire de Thionville, t. VI, p. 4.

W

WIDAL (V.), *médecin aide-major à l'hôpital militaire de Dellys* (1). — De l'influence des coiffures militaires sur le développement de l'ophthalmie purulente dans le sud de l'Algérie, t. XVII, p. 211.

WILLAUME, *chirurgien principal en retraite, ancien professeur de l'hôpital d'instruction de Metz* (2).— Quelques mots qui devaient être prononcés par lui à l'inauguration du monument élevé à J.-D. Larrey au Val-de-Grâce, t. VI, p. 337.

Z

ZAATCHA. — Relation médico-chirurgicale de l'expédition de Zaatcha, par M. *Quesnoy*, chirurgien aide-

(1) Médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger.
(2) En retraite.

major au 3e spahis, t. VI, p. 233. — Note sur ce travail, par M. *Marchal de Calvi*, *ib.*, p. 288.

ZINCK, *chirurgien principal en retraite* (1). — Notice nécrologique sur M. Zinck, par M. *Finot*, médecin ordinaire de 1re classe, t. VIII, p. 337.

---

(1) Décédé.

FIN.


IVi